Medical Library

STANFORD UNIV JUN 20 1938

Hypnose und Suggestion in der Geburtshilfe und Gynäkologie

und deren neuerliche Anwendung

in der

Univ. Frauenklinik zu Erlangen.

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

an der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen

von

Heinrich Eckhard, Medizinalpraktikant

aus Eibelshausen.

Gedruckt mit Erlaubnis der Hohen Medizinischen Fakultät Erlangen
bei Gebrüder Müller, Kassel, Martinsplatz 2.

29:313

Hypnose und Suggestion in der Geburtshilfe und Gynäkologie

und deren neuerliche Anwendung

in der

Univ. Frauenklinik zu Erlangen.

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

an der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen

von

Heinrich Eckhard, Medizinalpraktikant
aus Eibelshausen.

Gedruckt mit Erlaubnis der Hohen Medizinischen Fakultät Erlangen
bei Gebrüder Müller, Kassel, Martinsplatz 2.

Referent: Prof. Dr. med. et phil. H. Wintz.
Dekan: Prof. Dr. Spuler.

Tag der mündl. Prüfung: 21. Dezember 1928.

Hypnose und Suggestion ziehen sich wie ein roter Faden rch Religion und Völkergeschichte hindurch, wenn auch die ycho-Therapie als solche nur in Form von Wunderheilungen r Wirkung kam. Im 16. Jahrhundert sehen wir ein Bestreben ese Wunderheilungen zu erklären: Theophrastus, Paracelsus n Hohenheim erklärte sie etwa auf folgende Weise: die Ge- rne sind imstande, sich gegenseitig zu beeinflussen. Dieser nfluß ist auf magnetische Kräfte zurückzuführen, die auch auf n Menschen einwirken. Auch der Mensch habe magnetische räfte und könne mit diesen auf andere Menschen einwirken. Magnetismus also suchte Paracelsus die Erklärung für Hei- ngen durch Handauflegen, Amulette und ähnliches.

Auf den Anschauungen Paracelsus begründete dann der 34—1815 in Wien lebende Arzt Anton Mesmer seine Lehre, e wir als den Ursprung des heutigen Hypnotismus anzusehen ben.

Während Mesmer den hypnotischen Zustand auf den Mag- tismus bezog, zeigte 1819 Faria, daß es zur Hypnose lediglich r Beeinflussung der Einbildungskraft und des Willens der ein- schläfernden Person bedürfte. Diese Kenntnis wurde dann n Braid weiter ausgebaut, der auf die fernere Entwicklung s Hypnotismus einen so starken Einfluß hatte, daß man seine hre auch als Braidismus bezeichnet hat. Die weitere Ent- cklung des Hypnotismus als therapeutische Maßnahme stützt h vor allem auf die Namen Liébault und Bernheim, aus der chule von Nancy". In Paris war es vor allem Charcot, der s Interesse an hypnotischen Forschungen lebhaft förderte. Deutschland steht Moll an erster Stelle, der 1887 die Auf- rksamkeit auf den Hypnotismus lenkte. In der Berliner medi- nischen Gesellschaft hielt er einen Vortrag, in dem er seine Nancy gemachten Beobachtungen neben eigenen Erfahrungen der hypnoterapeutischen Behandlung mitteilte. Er erfuhr vor len Dingen von Ewald und Mendel heftige Kritik. Ewald ndete ein, daß es gefährlich sei, „eine solche Behandlung erhaupt als ärztliche Behandlung zu bezeichnen. Die Kritik endels galt vor allem den angeblichen Gefahren dieser Me- ode. Erst als Forel, der den Hypnotismus in der Schweiz rte, für die Bedeutung dieser Methode eintrat und vor allen ngen die Art und Weise bekämpfte, wie Ewald und Mendel ese Frage zu beurteilen suchten, schwand das übertriebene ißtrauen gegen die Hypnose und machte einer objektiveren ffassung Platz. Jedoch konnte sich die Hypnose als Heilver- hren und Verfahren zur Schmerzlinderung wenig durchsetzen,

bis sie unter dem Einfluß des Weltkrieges einen ungeahnten Aufschwung nahm. Es ist das Verdienst Nonne's, der durch seine Mitteilung über „Heilerfolge bei Kriegsneurosen durch Anwendung der Hypnose", die 1915 erschien, das Interesse weitester ärztlicher Kreise auf diese therapeutische Maßregel hinlenkte. Daß Militärpersonen, wie überhaupt disziplinierte Menschen, die ja im allgemeinen über eine starke Konzentrationsfähigkeit verfügen, am leichtesten zu hypnotisieren sind, hatte Heidenheim schon lange Zeit vorher durch hypnotische Experimente an einer Eskadron nervengesunder Husaren erwiesen. Auch Becker hatte 1909 einen Rekruten, der wegen unheilbarer Stummheit aus dem Heeresdienste entlassen werden sollte, mit Hypnose geheilt.

So wurde die Hypnose als therapeutische Maßnahme während des Weltkrieges mit großem Erfolge in Tausenden von Fällen benutzt. Schon 1919 erschien in der D. M. W. eine Abhandlung von Bonne, der „Suggestion und Hypnose in der Praxis" das Wort redet. Vor allen Dingen sah er Gutes in der Wirkung der Hypnose zur Einleitung der Narkose, um eine Ersparnis mit Narkoticis und eine Vermeidung des Excitationsstadiums zu erzielen, eine Methode, die schon von Hallauer in der D. M. W. 1910 beschrieben worden ist und von Friedländer weiter ausgebaut, mit dem Namen „Hypno-Narkose" belegt wurde. (A. Friedländer: die Hypnose und die Hypno-Narkose, Stuttgart Ferd. Enke, 1920). Nach Hallauer gehen die Versuche, die Hypnose zu chirurgischen Eingriffen zu benutzen, auf das Jahr 1821 zurück, wo Récamier Kranke im hypnotischen Schlaf operierte. 1826 entfernte Cloquet bei einer in Somnambulismus versetzten Frau einen Brustkrebs. 1859 amputierte Guérinau in tiefster Hypnose bei einem Manne den Oberschenkel.

Indes ist die praktische Bedeutung der hypnotischen Anaesthesie für die große Chirurgie, nach Moll und Forell, die ja wohl als die besten Kenner der Hypnose anzusprechen sind, außerordentlich gering, da den sehr vereinzelten Erfolgen zahlreiche Mißerfolge gegenüberstehen.

Bonne erwähnt in seinem Aufsatz die Bedeutung der Suggestionstätigkeit für die Beseitigung der Schlaflosigkeit und bei der Errettung von Trinkern.

Nach dem Kriege lebte die Frage der schmerzlosen Entbindung in gesteigertem Maße auf und auch die Hypnose hatte ihren Teil daran. Sogar in der Tagespresse wurde gefordert, daß jede Frau gesetzlich der schmerzlosen Entbindung teilhaftig werden sollte. Als Methode für die schmerzlose Entbindung trat vor allen Dingen der Gauss'sche Scopolamin-Mo.-Dämmerschlaf in den Vordergrund, der in Arbeiten von Zweifel und Opitz verteidigt wurde, deren Kliniken über gute Resultate verfügten. Nassauer kritisierte diese Methode des „schematischen Dämmerschlafes" auf das Schärfste und fordert dafür den individuellen Dämmerschlaf". Er schreibt darüber:

„Was will oder soll der Dämmerschlaf?" „Drei Fragen stehen dabei im Vordergrund des Interesses", sagt C. Mayer aus der Kieler Univ. Frauenklinik (Stöckel): Erstens die Amnesie über den Geburtsvorgang, zweitens das Ergehen des Kindes, drittens die Dauer der Geburt.

Meines Erachtens fehlt da eine der Hauptfragen: das Ereignis der Geburt selbst im Seelenleben der Mutter.

Zur Frage der Amnesie, der Erinnerungsausschaltung an den Geburtsvorgang, ist zu erwägen, aus welchen Gründen eine solche zu erstreben ist? Mit welchem sittlichen und ethischen Rechte sucht man den Frauen die Erinnerung, ja die Kenntnis einer Geburt zu nehmen? Ist es nicht eine durch nichts gerechtfertigte Vermessenheit, die Frauen um diesen Höhepunkt ihrer Lebensbestätigung zu bringen? Solcher ärztlichen Vermessenheiten gibt es noch mehrere und darüber müßte einmal von hoher Warte aus gesprochen werden! Wir müssen aus der allzusehr mit Erdgeruch behafteten gegenwärtigen ärztlichen Betätigung heraus uns wieder aufschwingen zu einer weitsichtigeren Behandlung unserer leidenden Mitwelt. Eine Götterdämmerung der ärztlichen Kunst ist dringend nötig."

Und weiter: „So ist auch die schmerzlose Geburt in Verbindung mit der Erinnerungsausschaltung eine ärztliche Vermessenheit. In wieweit der Geburtsschmerz allein total ausgeschaltet werden soll und darf, oder nur auf ein erträgliches Maß herabgesetzt werden soll, darüber muß gesprochen werden.

Ein großer Gewinn ist es, daß die ärztliche Kunst es vermag, die Geburtsschmerzen in erträglichen Grenzen zu halten. Die durch die Kultur bedingte Degeneration hat sicherlich die Schmerzempfindlichkeit gesteigert; die Erfindung der Schmerzherabsetzungsmittel wirkt jenem Kultureffekt entgegen. Wie nun vollzieht sich die Dämmerschlafgeburt? Nach dem schon gekennzeichneten schematischen Dämmerschlaf, müssen im Laufe einer Geburt 15—20 Einspritzungen unter die Haut der Gebärenden und damit in das Blut derselben und in das Blut des Kindes erfolgen". Weiter unten fährt er fort: „Es entsteht ein Zustand, der nur als Zerrbild eines ärztlich geleiteten Geburtsvorganges bezeichnet werden kann. Die Kreißende wälzt sich wie sinnlos betrunken im Bette, hat solche Erregungszustände, daß sie nur mühsam im Bett gehalten werden kann. Sie ist aller Hemmungen entblößt und gebärt schließlich ein scheintotes Kind, ohne es zu wissen, da sie erst spät, oft Stunden nach der Geburt erwacht. Es gibt so viele schöne Bilder aus allen Kulturzeiten von der Wochen- und Gebärstube. Nun gehe einer hin und male der Nachwelt die „Wochenstube der Dämmerschlafzeit zu Beginn des 20. Jahrhunderts". Er vergesse nicht, die scheintoten Kinder der aufgelösten Madonna an die Seite zu legen, mit schlappen Gliedern, die man euphemistisch in apnoisch, dyspnoisch, oligopnoisch und asphyktisch zu unterscheiden sich genötigt gesehen hat!

Die Kieler Klinik entzieht sich nicht all diesen Übelständen. Sie gibt an, daß die Mehrgebärenden den Dämmerschlaf viel häufiger ablehnen, als die Erstgebärenden. Es leitet also diejenigen Frauen, die die Geburt schon einmal erlebt haben, ein guter Instinkt, der sie den Dämmerschlaf ablehnen läßt, während die modernen Erstgebärenden, wie reine Toren in die Kliniken wandeln, in Unkenntnis über die Nachteile, erschreckt über die ihnen als unerträglich geschilderten Schmerzen und von der Mode betört, sich dem Schema der Giftinjektionen aussetzen.

Von Gift aber ist dann im Besonderen zu reden, wenn die Injektionen sich häufen, wie es der erstrebte Amnesieschlaf unbedingt erfordert. Denn zu solchem Zwecke muß von Beginn der Geburt ab immer wieder von neuem, wenn das Bewußtsein sich meldet, injiziert werden. Da aber ist es auch vorgekommen und wird es immer wieder vorkommen, daß man mit diesen Injektionen schon bei scheinbaren Wehen beginnt, die indessen nach einigen Stunden wieder für längere Zeit, oft Tage und Wochen, vergehen".

Wahrhaftig, ein vernichtendes Urteil, welches Nassauer über den Scopolamin-Mo.-Dämmerschlaf fällt! Er verbreitet sich dann des weiteren über das Schicksal der in Dämmerschlaf geborenen Kinder, um dann sich zu seiner Methode des „individuellen Dämmerschlafes" folgendermaßen zu äußern.

„All dem gegenüber wird der selbständig denkende und erfahrene Geburtshelfer das unzweifelhafte Gute und Segensreiche des Dämmerschlafes herausschälen und in Anwendung bringen. Er wird die Amnesie der Gebärenden verwerfen. Sein aufklärendes Wort wird mit der Zeit in die Frauenkreise dringen. Er wird den Frauen in allen Fällen versprechen können, daß er die Geburt möglichst schmerzlos zu leiten imstande ist, ohne die Frau oder das Kind zu schädigen. Er wird vor allem seine Gründe für die Zweckmäßigkeit der Wehen darlegen, daß Tausende von Geschlechtern unter Schmerzen geboren haben und geboren wurden. Er wird den Mut und den Stolz der Frauen anfachen. Er muß seine Persönlichkeit einsetzen, um sie fühlen zu lassen, daß sie einen vertrauenverdienenden Helfer an ihrer Seite hat in ihren schweren Stunden.

Wenn die Geburt beginnt, wird er vor den Augen der Frau seine schmerzlindernden Mittel zur Schau stellen: die Schachteln mit den glückverheißenden Ampullen. Daneben wird er ein Fläschchen Äther, Chloroform, ein paar Gläser Chloräthyl und eine Gesichtsmaske legen. Damit beginnt die Suggestivbehandlung der Frau. Die Frau erhält die Gewißheit, daß alles bereit ist, kommende Schmerzen auszuhalten, sobald sie es verlangt! Der fast stets eintretende Erfolg ist, daß die Frau von Wehe zu Wehe die Injektion aufschieben läßt. Der Arzt wird dies löbliche Ablehnen gebührend loben und damit die Frau ermutigen und stärken. Der glücklicherweise noch meist

gut vorhandene Instinkt der Frauen unterstützt die zögernde Anwendung. So werden die großen Mengen der Dämmerschlafmedikamente ganz erheblich herabgemindert und die Gefahren für Mutter und Kind außerordentlich verringert".

Nassauer zeigt uns hier selber den Weg für die Suggestivbehandlung der Frau in der Geburt. Und von der Suggestion zur Hypnose ist ja kein allzu weiter Schritt. Auch bei der Anwendung von Inhalationsmitteln zur Ausschaltung des Wehenschmerzes räumt er der Suggestion eine grundlegende Bedeutung ein. Er berichtet in seiner Arbeit wörtlich:

„Es ist ja erstaunlich, mit wie wenig eines Inhalationsmittels man bei Gebärenden auskommt! Die Suggestion spielt da eine wunderbare Rolle. Oft genügt es, nach den ersten Inhalationsbetäubungen während der Wehen, in den darauffolgenden die leere Maske aufzulegen, die so ablenkend wirkt, daß die Wehen kaum empfunden werden. Mir war es vergönnt, diese Suggestion noch viel drastischer und lehrreicher zu erproben: Eine außerordentlich empfindlich Gebärende schrie während der Austreibungsperiode, zu welcher ich erst hinzugezogen worden war, dermaßen laut, daß ich schon auf der Straße das Geschrei hörte. Beim Eintritt in das Gebärzimmer wurde ich laut angeschrien: „Schnell, schnell, Narkose, ich halte es nicht aus, ... nur schnell!" Der Kopf des Kindes war gerade ein wenig sichtbar. Zum Unglück hatte ich kein Inhalationsnarkotikum in der Geburtstasche. Um das fürchterliche Schreien zu ersticken, legte ich schnell die Maske auf das Gesicht der Schreienden, ergriff ein kleines Fläschchen Secakornin ganz zufällig in der Geburtstasche und tropfte nun diese recht wenig gut riechende wehenverstärkende Flüssigkeit auf die Maske. Der Befehl zum Tiefeinatmen wurde von der Gebärenden gläubig und kräftig vollzogen, und während ich in den nächsten starken Wehen immer wieder das segensreiche Secakornin aufträufelte, hörte die Frau vollständig auf, zu schreien, preßte gehörig und gebar schmerzlos ein kräftiges Kind. Sie ist mir sehr dankbar, für die schmerzlose Geburt geblieben!"

Was Nassauer geschildert hat, ist nichts anderes als eine suggestive Ausschaltung des Wehenschmerzes über eine sogenannte „Brücke", ein Verfahren, mit dem man bei suggestiblen, oder nur kurz für den hypnotischen Geburtsdämmerschlaf vorbereiteten, Gebärenden auch bis zur Schlafhypnose — sogar schon bei starker Intensität der Wehen — kommen kann. Zu dieser Methode der Ausschaltung des Wehenschmerzes sind auch wir in unserer Klinik, wie unsere Geburtsberichte demonstrieren werden, in einem Falle gekommen, in dem wir der Kreisenden, die mit der von uns sonst geübten Fixationsmethode nicht in Tiefschlaf zu bringen war, eine Chloroformmaske auflegten und unter Schlafsuggestion und der Suggestion vollkommener Anästhesie gegen die Wehenschmerzen einige Tropfen folgender Mischung auf die Maske träufelten:

Eau de Cologne 15,0
Äther pro Nark. gtts. XX.

Wir erzielten damit sofort eine Katalepsie mit einer Analgesie des gesamten Unterleibes. Auch die von Nassauer im weiteren Verlauf seiner Abhandlung gegebenen Vorschriften über die Anwendung des „individuellen Dämmerschlafes" entbehren nicht suggestibler Zutaten, wie die Verdunkelung des Zimmers und das Auflegen der leeren Maske auf das Gesicht der Kreissenden. Nassauer kommt bezüglich seines „individuellen Dämmerschlafes" zu folgendem Schluß:

„Diese auf solchem Wege entbundenen Frauen haben eine gute Erinnerung an ihre Geburt. Vor allem h a b e n sie eine Erinnerung! Dazu den erhebenden Stolz, ihr Mutterglück sich erkauft und verdient zu haben und als Lebensgewinn das Erlebnis des Mutterwerdens.

Ich habe von dem klaren Denken und Handeln der in der geburtshilflichen Praxis tätigen Ärzte eine so hohe Meinung, daß ich überzeugt bin, sie werden mit mir jede vorgeschriebene Schematisierung auf jedem ärztlichen Gebiete ablehnen, insbesondere aber in der Geburtshilfe. Sie werden den unzweifelhaft segensreichen Fortschritt, der in dem Ausbau des Dämmerschlafes liegt, erkennen und ihre ganze Persönlichkeit einsetzen, die schmerzlose Geburt von Fall zu Fall zu leiten in kluger Abwägung aller im einzelnen Falle vorliegenden Verhältnisse.

Zusammenfassend wäre zu sagen:

Die Frauen sind über das Wesen der schmerzlosen Geburt aufzuklären!

Sie müssen wissen, daß sie nicht durchwegs ohne Gefahren für sie und ihr Kind ist.

Sie müssen wissen, daß jeder erfahrene Geburtshelfer imstande ist, die Geburt schmerzlos zu leiten. Die schmerzlose Geburt ist nicht das Monopol einzelner Ärzte oder Kliniken, sie kann in jedem Privathause durchgeführt werden.

Die allgemeine Einführung des Dämmerschlafes ist zu verwerfen.

Der schematische Dämmerschlaf ist absolut abzulehnen.

Der Dämmerschlaf ist individuell zu gestalten. Die zur Erzielung des Dämmerschlafes notwendigen Injektionsmittel sind aufs äußerste einzuschränken.

Die Inhalationsmethoden stehen der Injektionsmethode ebenbürtig zur Seite und sind kombiniert mit dem Dämmerschlaf anzuwenden.

Das Bestreben einer völligen Amnesie über den Geburtsvorgang ist aus ethischen, sittlichen und gesundheitlichen Gründen zu verwerfen."

Diesem flammenden Proteste Nassauers gegen den Scopolamin-Mo.-Dämmerschlaf tritt Zweifel, der über ein umfangreiches Material von Dämmerschlafgeburten verfügt, in einer

Abhandlung der M. M. W. 1922 Nr. 2 entgegen. Die Dämmerschlafentbindung sei keineswegs ein Monopol der Kliniken, sondern lasse sich auch im Privathause durchführen, erfordere jedoch dauernde Kontrolle durch den Arzt.

„Wenn Nassauer die Geburt mit den dabei empfundenen Schmerzen als den Höhepunkt der Lebensbetätigung im Leben einer Frau bezeichnet, so muß ich gestehen, daß ich einigermaßen über diesen Ausspruch erstaunt war. Viele Frauen können gar nicht aufhören, von den Schmerzen bei ihrer ersten Geburt zu sprechen, das erleben wir täglich. Sehr viele Frauen kommen doch erfahrungsgemäß mit dem intensiv geäußerten Wunsch zum Arzt, schmerzlos entbunden zu werden, darunter auch sehr viele Mehrgebärende. Und wer von den Lesern denkt wohl gerne an überstandene Schmerzen zurück! Diese Frage möchte ich auch Herrn Nassauer vorlegen.

Als Ziel des Dämmerschlafes gilt nach Krönig, Gauß u. a. die Erreichung einer Amnesie über den Geburtsvorgang. Diese ist nicht Selbstzweck, sondern sie dient lediglich dazu, die Erinnerung an vielleicht noch gespürte Schmerzen vergessen zu machen. Denn Schmerzen, von denen man in der Erinnerung nichts weiß, die sind gewissermaßen nicht vorhanden gewesen. Also, die vollkommene Schmerzstillung erreicht man nur ganz sicher, wenn man die Amnesie herbeiführt. Es sei zugegeben, daß wir uns oft mit einer Schmerzherabsetzung ohne Amnesie begnügen können, wenn diese nur eine genügende ist. Wir brauchen nicht unbedingt Narkotika weiterzugeben, wenn die Kreißende noch wach ist, aber nicht mehr über Schmerzen klagt. Aber wir werden dann oft erleben, daß die stärkeren Schmerzen beim Durchtreten des Kopfes noch empfunden werden und der Patientin in Erinnerung bleiben. Sie ist dann unzufrieden und fühlt sich in ihrer Erwartung und in den ihr gegebenen Versprechungen getäuscht".

„Die Frage der Erregungszustände beantwortet Zweifel mit den Worten: „Wir kennen sie nicht mehr". Er meint, daß man einen Erregungszustand, wenn er einmal vorkommen sollte, mit einer kleinen Dosis Morphium unterdrücken könne und fügt hinzu: „Je größer die Erfahrung mit dem Dämmerschlaf, um so seltener werden die Aufregungszustände."

Zu dem Vorwurf der Schädigung der Kinder durch den Dämmerschlaf äußert sich Zweifel folgendermaßen:

„Bei den ersten 500 Fällen von Dämmerschlaf (1912) war nicht ein einziges Kind am Dämmerschlaf verloren gegangen. Die Kindersterblichkeit war nicht größer, als sonst bei normalen Geburten; im Gegenteil, sie hielt sich unter 3% und das ist ja die normale Kindersterblichkeit. 1920 habe ich 353 Dämmerschlafgeburten mit 11 Totgeburten zusammengestellt. Die Todesursache wurde in allen Fällen mit Ausnahme eines einzigen festgestellt; bei keinem einzigen der Fälle war irgend ein Zusammenhang mit dem Dämmerschlaf nachzuweisen. Gauß betont,

(Zbl. F. Gyn. 1920 Nr. 11), daß an der Freiburger Klinik die Kindersterblichkeit seit Einführung des Dämmerschlafes erheblich zurückgegangen sei, eine Beobachtung, die Aschoff gerade auf die, das kindliche Atemzentrum abstumpfende Wirkung des Mo.-Scopolamins zurückführt; dadurch werden offenbar vielfach vorzeitige Atembewegungen verhindert."

Dem Vorschlag Nassauers, nur eine Injektion zur Schmerzstillung zu geben, tritt Zweifel mit der Begründung entgegen, daß diese eine Injektion ungenügend sei und man nach dreiviertel bis einer Stunde ja doch noch eine zweite oder wiederum eine Stunde später sogar noch eine dritte Injektion geben würde, um so eine genügende Schmerzherabsetzung, meist vollkommene Amnesie, zu erzielen.

So stritt man sich noch um den pharmako-dynamischen Geburtsdämmerschlaf, als am 7. November 1920, anläßlich einer Sitzung der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie v. Öttingen (Heidelberg) über seine Versuche mit dem „hypnotischen Geburtsdämmerschlaf" an der Heidelberger Univ.-Frauenklinik ein vorläufiges Referat abstattete. Die Erfolge waren durchaus befriedigend. Unter dem bisher angesammelten Material findet sich eine Anzahl von Fällen, die vollkommen ohne jedes Narkotikum die Geburt in der Hypnose durchgemacht haben; andere bekamen, da sie unruhig wurden, 3—4 g Paraldehyd rektal; ein kleiner Prozentsatz zu Beginn der Austreibungsperiode eine kleine Spritze Scopolamin. Amnesie fast stets total; wenn nicht vollständig, finden sich verschwommene Erinnerungsbilder, die mit der Zeit verblassen. In der Diskussion äußerte sich Kupferberg (Mainz) wiederum gegen die Scopolamininjektion, indem er darauf hinweist, daß durch das Scopolamin doch wohl Schädigungen der Kinder herbeigeführt werden möchten; höre man doch namhafte Kinderärzte nicht selten von Scopolamintrotteln sprechen.

Nun war ja die Idee, den hypnotischen Schlaf und die hypnotische Anaesthesie zur schmerzlosen Geburtsleitung heranzuziehen, nicht neu. Nach Moll haben von den Mesmeristen bereits Lafontaine und Fillassier Gebärende magnetisiert. Wie Freyer berichtet, hielt Jörg indes für unmöglich, daß eine Geburt im magnetischen Schlaf vorkomme, ohne daß die Kreissende dabei aufwache. Liébeault benutzte seine Methode gleichfalls in der Geburtshilfe. Später wurden derartige Fälle öfters veröffentlicht, so von Pritzl, Mesnet, Thomas, Varnier, Voigt, Jong, Schrenck-Notzing, Tatzel, Grandchamps, Luys, Cajal, le Menant des Chesnais, Delbeuf und Fraipont. Nicht nur Einzelhypnosen, sondern auch größere Versuchsreihen waren in der früheren Literatur beschrieben. So berichten im Jahre 1888 Secheyron und Auvard über 13 in Hypnose abgelaufene Geburten. Lichtschein veröffentlichte im Jahre 1898 seine Erfahrungen mit Hypnose in 46 Geburtsfällen und Matjeew trug 1902 deren 28 zusammen. Es mag wohl an dem mangelnden

nteresse, daß man — wie eingangs schon erwähnt — in diesen ahren der Hypnose als einem therapeutischen Hilfsmittel entegenbrachte, liegen, daß die Methode der schmerzlosen Entindung durch Hypnose keine weitere Verbreitung fand. So t es ein großes Verdienst der Heidelberger Klinik, daß sie – angeregt durch die Diskussionen über die Schädlichkeit oder ichtschädlichkeit des pharmako-dynamischen Geburtsdämmerchlafes — eine Methode auszubauen suchte, die in der Hand es erfahrenen Hypnotiseurs bei der großen Suggestibilität der rau in Schwangerschaft und Geburt eine vollkommen unchädliche, schmerzfreie Entbindung gewährleistet.

Durch die Mitteilung v. Oettingen's angeregt, fanden in ielen Kliniken Versuche mit dem „hypnotischen Geburtsämmerschlaf" — wie ihn Schultze-Rhonhof im Gegensatz gegen en „pharmako-dynamischen" Geburtsdämmerschlaf nennt — tatt. So vor allem in Heidelberg, von wo ja die Idee ausegangen war, in Dresden, in Budapest, in Marburg und an der Entbindungsanstalt in Kassel, an welch letzteren beiden Kliiken der Verfasser Gelegenheit hatte, den hypnotischen Geburtsdämmerschlaf zu studieren.

Im Zentralblatt für Gynäkologie 1922 Nr. 7 berichtet der Heidelberger Schultze-Rhonhof über die von ihm und seinem Mitassistenten Raefler auf Anregung v. Oettingen's unternommenen Versuchsreihen, unter genauer Darstellung der in der Heidelberger Klinik geübten Methode. Er führt einleitend aus, daß die pharmako-dynamische Komponente, die v. Oettingen n fast allen Fällen noch zur Unterstützung herangezogen hatte, von ihm und Raefler nunmehr ganz ausgeschaltet worden sei und berichtet weiter:

„Eine wichtige Vorbedingung für ein gutes Gelingen dieses Dämmerschlafes während der Geburt ist unseres Erachtens die hypnotische Vorbereitung in der Schwangerschaft. Nur bei besonders suggestiblen Frauen wird man ihrer nicht bedürfen. Wohl infolge von Gewöhnung und „Bahnung" wird durch diese Vorbereitung, also durch wiederholtes vorheriges Hypnotisieren der Schlaf vertieft und die Suggestibilität erhöht. Nach unseren Erfahrungen genügen im allgemeinen 4 „Vorhypnosen", doch wird diese Zahl bei schwer suggestiblen Personen zu erhöhen sein, wie sie bei sehr leicht beeinflußbaren Objekten herabgesetzt werden kann."

Schultze-Rhonhof hypnotisiert nach der sogenannten „Wetterstrand'schen Methode", indem er, um die Suggestibilität zu erhöhen, mehrere Personen zu gleicher Zeit hypnotisiert, ein Verfahren, von dem wir bei unseren Versuchen, wie weiter unten beschrieben werden wird, meist abgewichen sind.

In schrittweiser Vertiefung der Hypnose in den einzelnen Sitzungen gelangt er zum Somnambulismus und zum posthypnotischen Befehl. Die Kreißende bekommt den Auftrag, sich mit Wehen auf dem Kreißsal zu melden und wird in einer Wehen-

pause eingeschläfert. Die ihr in den vorbereitenden Sitzungen für den Geburtsverlauf gegebenen Suggestionen werden ihr noch einmal gegeben, vor allem wird ihr noch einmal suggeriert, daß sie nur auf die Worte des hypnotisierenden Arztes und der diensttuenden Hebamme zu hören hat.

Schultze-Rhonhof schildert den Verlauf einer Entbindung im hypnotischen Geburtsdämmerschlaf derart anschaulich, daß ich mir nicht versagen kann, ihn hier wörtlich zu zitieren:

„Ruhig atmend liegt die Gebärende da und bietet das Bild friedlichen Schlafes. Nur ein leichtes Seufzen oder Stöhnen gibt Kunde vom Ablauf einer Wehe, ja im Beginn der Geburt wird manchmal nur durch das Auflegen der Hand auf den Uterus das Vorhandensein einer Wehe erkannt. Immer rascher wird die Wehenfolge, immer kräftiger arbeitet der Uterus, und gegen Ende der Eröffnungzeit steigert sich zumeist das Stöhnen. Bald setzen die Preßwehen ein. Die Gebärende folgt außerordentlich exakt allen Anordnungen, legt z. B. während des Mitpressens ihre Hände in die Kniekehlen der angezogenen und gespreizten Beine oder faßt in die Griffe der Bettstricke. Lagerungsschwierigkeiten bestehen nicht. Ebenso wie die Kreissende auf Befehl anhaltend und kräftig mitpreßt, ebenso atmet sie tief und gleichmäßig mit offenem Munde, wenn dies zur Ausschaltung der Bauchpresse geboten erscheint. Der Geburtshelfer hat die hypnotisierte Frau ganz in der Hand, ja sie gehorcht seinen Anordnungen besser als eine Nichthypnotisierte. Sind Kind und Plazenta geboren und ist die Entbundene frisch gebettet, so lasse ich die Mutter für kurze Zeit die Augen öffnen und zeige ihr das Kind. Jetzt suggeriert man Erinnerung an das gezeigte Kind, Rückkehren des Gefühls und des Gehörs in dem Augenblicke des Erwachens und Frische und Wohlbefinden nach dem Schlaf. Dann wird die Frau entweder nach rascher Desuggerierung von Müdigkeit und Gliederschwere sofort erweckt, oder ihr anbefohlen, in zwei Stunden frisch und munter zu erwachen."

Schultze-Rhonhof gibt dann weiter an, daß man auch bei stürmischer verlaufenden Geburten nicht an der Wirksamkeit der Hypnose zur Schmerzlinderung verzweifeln solle und erwähnt, daß selbst in Fällen, wo die Frauen die Augen öffnen, man durch unermüdliches Einhämmern der Suggestionen den amnestischen Tiefschlaf wieder herbeiführen könne.

Die Erfolgsziffer der im hypnotischen Geburtsdämmerschlaf von Schultze-Rhonhof wirklich schmerzfrei und amnestisch entbundenen Frauen betrug bei 76 Geburten 68 = 89,5%.

Eine nachteilige Wirkung der Hypnose auf die Wehentätigkeit hat er nicht gesehen. Im Gegenteil, es erscheint ihm denkbar, daß infolge der auf den hypnotischen Befehl hin sehr exakt arbeitenden Bauchpresse eine Geburtsbeschleunigung resultieren möchte.

Heberer (Dresden) berichtet im Zentralblatt für Gynäkologie 1922 Nr. 19 über 75 Entbindungen im hypnotischen Geburtsdämmerschlaf, wovon 25 nach dem Schema der Heidelberger Klinik hypnotisiert waren. Die Erfolge deckten sich bei diesen vollkommen mit den Erfolgen der Heidelberger Klinik. 50 weitere Geburten hatte er nach einem besonderen, eigenen Verfahren geleitet. Ausgehend von dem Gedanken, daß für die Gewährleistung einer schmerzlosen Entbindung ein gewisses Tiefenstadium der Hypnose vorhanden sein müsse, nämlich ein Stadium, in dem sämtliche Assoziationen aufgehoben sind, legte er bei der hypnotischen Vorbereitung der Schwangeren besonderen Wert auf die Tiefe des hypnotischen Schlafes bis zur Aufhebung der Assoziation. Hierzu mußte die in dem Heidelberger Schema als ausreichend angegebene Anzahl der vorbereitenden Hypnosesitzungen von 4—5 natürlich oft verdreifacht werden. War das genügende Tiefenstadium der Hypnose einmal erreicht, so gab er den posthypnotischen Befehl, daß auf ein aus dem Munde des Hypnotiseurs vernommenes Stichwort die Schwangere in genau denselben tiefen Schlafzustand, wie er einmal erreicht worden war, zurückfallen müßte. Durch diese „Dressur" erreichte er die Möglichkeit, auf dieses Stichwort hin auch in kurzen Wehenpausen sofort die nötige Tiefe des hypnotischen Schlafes zu erzielen. Außerdem änderte er das Heidelberger Schema für seine Zwecke dahin ab, daß er die Frauen erweckte, wenn die Schultern des Kindes eben geboren waren, damit sie bewußt gerade noch die fast schmerzlose Phase des weiteren Austritts des Kindes erleben. Er schläfert auch die Gebärende nach der Geburt des Kindes prinzipiell nicht mehr ein.

Heberer beweist auch, daß diese tiefe Hypnose auch den Anforderungen der operativen Geburtshilfe genügt. Unter seinen 50 Geburten nach eigener Hypnosemethode hatte er 7 enge Becken, eine Vorderhauptslage, zwei Beckenendlagen, eine Zwillingsgeburt. Von diesen Zwillingen kam der erste in Steißlage spontan, der zweite wurde gewendet und extrahiert. In zwei weiteren Fällen wurde die Entbindung während der Hypnose durch Beckenausgangszange beendet. Fünfmal wurde eine Episiotomie mit nachfolgender Naht gemacht.

Für alle diese Eingriffe erwies sich die Hypnose als völlig ausreichend.

Im Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 21 berichtet Kirstein aus der Universitäts-Frauenklinik Marburg a. Lahn über seine Erfolge mit dem hypnotischen Geburtsdämmerschlaf und über die Hypno-Narkose. Seine Resultate waren wesentlich schlechter als die der Heidelberger Klinik. Er erlebte unter 30 Hypnosegeburten elfmal negative Resultate. Den Hauptwert in seiner Arbeit legte er auf die Versuche, wie lange man eigentlich eine kreißende Frau, die hypnotisch vorbehandelt ist und im hypnotischen Schlaf im Kreißbett liegt, sich selbst und der

auf sie eingestellten Hebamme überlassen kann. Während Schultze-Rhonhof gefunden hatte, daß es bei manchen ruhig verlaufenden Hypnosegeburten möglich sei, 4—5 Stunden lang auf jegliche suggestive Neueinwirkung zu verzichten, so überließ Kirstein bis zu rund 20 Stunden, einmal sogar 89 Stunden lang die kreißenden Frauen sich selbst und der Hebamme.

Aus seinen Geburtsberichten greife ich zwei besonders schöne Fälle heraus:

1. Eine Erstgebärende, vom 10. 11. bis 1. 12. 1921 viermal vorbereitend hypnotisiert, bekommt am 9. 12. 11,00 h. a. m. Wehen und wird um 2,30 Min. p. m. hypnotisiert. Sie stöhnt bei den Wehen etwas und schläft in den Wehenpausen tief. Partus 7,46 h p. m. um 8,45 h p. m. wird die Plazenta nach Dohren-Ahlfeld exprimiert. Am 10. 12. 10,10 h a. m. wecke ich die, inzwischen auf die Wochenstation gelegte Wöchnerin, auf, die $19^1/_2$ Stunden fest geschlafen hat und von den Vorgängen seit der Einschläferung nichts weiß.

2. Einschläferung um 12,00 h nachts, am nächsten Vormittag um $^1/_2$11 h, also $10^1/_2$ Stunden später aufgeweckt. Inzwischen ist die Eröffnungszeit und ein großer Teil der Austreibungsperiode abgelaufen, ein Beckenausgangsforzeps, die Expression der Plazenta und eine Dammnaht, letztere allerdings mit leerer Maske, ausgeführt worden und zwar alles, ohne daß ich anwesend war. Nach dem Aufwachen besteht vollständige Amnesie.

Aber auch hier hatte Kirstein unter 22 Geburten 8 Versager. Er meint, daß die Versagerzahl bei wachsender Erfahrung und technischer Übung noch weiter einzuschränken sei, doch werde die für den Praktiker nötige Sicherheit im Erfolg doch wohl schwer zu erreichen sein.

Die nötige Sicherheit im Erfolg sieht er eher in der Hypno-Narkose, die ihm auch wesentlich besser zu sein scheint, als der „Pharmako-dynamische Dämmerschlaf".

Auf eine Anregung Stoeckels hin, äußert sich im Zentralblatt für Gynäkologie 1922 Nr. 21 Simmerling kritisch über „Hypnose in der Geburtshilfe und Gynäkologie". Unter voller Würdigung der Erfolge des hypnotischen Geburtsdämmerschlafes und der Anwendungsbreite der Hypnose als psychotherapeutisches Hilfsmittel in der Gynäkologie kommt er doch zu der Überzeugung, „daß der ganze Apparat der Hypnose besser durch die Wachsuggestion ersetzt wird". Als guter Kenner der Hypnose warnt er besonders vor den Gefahren der Hypnose. Aus eigener Erfahrung sammelt er 8 Fälle von Gesundheitsschädigungen durch Hypnose und führt zum Beweise noch die Arbeit von J. H. Schultz an, der, gestützt auf eine Rundfrage, über 100 Gesundheitsschädigungen nach Hypnose berichtet, die vorwiegend in die Jahre 1919—22 fallen. Darunter sind 26 Allgemein- und Einzelschädigungen, mehr als 50 Hysterische, etwa 30 schizophrene Psychosen.

Alle diese Erwägungen über die Frage „pharmako-dynamischer" oder „hypnotischer Geburtsdämmerschlaf" fanden noch einmal ihren Niederschlag auf dem Kongreß der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie", im Juni des Jahres 1921 zu Innsbruck, wo dann auch gleichzeitig über die Frage der Bedeutung der Psycho-Therapie in der Gynäkologie diskutiert wurde. Als erster Redner über diese Fragen kam B. Rosenthal (Frankfurt am Main) über: „Schmerzstillung bei der Geburt" zu Wort. Rosenthal hält die Frage des Geburtsdämmerschlafes für noch nicht gelöst und für die Praxis nicht anwendbar, da der Arzt von Anfang bis zum Ende der Geburt die Kreißende nicht verlassen dürfe. Auch komme die Hypnose für den Praktiker nicht in Frage, da das ganze Verfahren, insbesondere die Vorbereitung zu zeitraubend und anstrengend sei. Doch räumt er ein, daß es jedem, der sich mit Hypnose beschäftigt habe, leicht verständlich sei, daß man mit Hypnose vollkommene Ausschaltung eines jeden Schmerzes erreichen könne. Rosenthal ist zwar der Ansicht, daß die ärztliche Aufgabe, Schmerzen zu stillen, auch am Kreißbett Pflicht ist. Wenn nur die angewandte Methode bezüglich der Gefährlichkeit für Mutter und Kind, die nötigen Garantien biete und — worauf er das größte Gewicht legt —, wenn sie der Frau das Erlebnis der Geburt nicht nehme. Er steht auf dem Standpunkt, daß die gebildete Frau ihre Kinder wohl ohne Schmerzen, doch nicht im Stadium der Bewußtlosigkeit gebären wolle, eine Ansicht, die er durch systematische Fragen an Hunderte von Müttern bestätigt sieht.

Rosenthal schildert sodann seine Methode, die er — mit Unterbrechung durch die vier Kriegsjahre — nunmehr seit 1912 anwendet und die er selbst als „eine Kombination von Wachsuggestion mit der Wirkung von Narcophin und Hypophysenpräparaten" bezeichnet.

Sobald die Frauen anfangen, über wesentliche Schmerzen zu klagen, injiziert er 0,03 Narcophin, im Bedarfsfalle nach 20 Minuten noch einmal 0,015 desselben Mittels. Die Wirkung dieses Mittels halte etwa 4 Stunden an. Mit der energischen Suggestion, daß die Frauen nun keine nennenswerten Schmerzen mehr haben, und nach einer Viertelstunde einschlafen und nur bei den Wehen aufwachen würden, erreicht er den gewünschten Effekt. Bei eintretender Wehenschwäche gibt er schon in der Eröffnungsperiode 0,5 eines Hypophysenpräparates. Er hat gefunden, daß durch die muskelerschlaffende Wirkung des Narcophins geradezu eine Erschlaffung des harten Muttermundsaumes und eine schnellere Dehnung bewirkt wird, so daß die Eröffnungsperiode ungewöhnlich rasch verläuft, was besonders bei alten Erstgebärenden von großem Vorteil ist. Sind die 4 Stunden der Narcophinwirkung abgelaufen, so suggeriert er der Frau, daß sie nunmehr die Wehen als einen ganz leichten Druck empfinden würde. Zur Abkürzung der Aus-

treibungsperiode gibt er sofort nach dem Blasensprung 1,0 eines Hypophysenpräparates.

Bei den von ihm mit dieser Methode geleiteten 384 normalen Geburten war in 340 Fällen (88,5 %) der Grad der Schmerzstillung ausreichend. 44 Frauen (11,5 %) klagten über Schmerzen. In 8 Fällen (2,1 %) mußte beim Austritt des Kopfes etwas Äther gegeben werden.

In der Diskussion wandte v. Oettingen (Heidelberg) ein, daß man nicht wie Rosenthal, wahllos den Dämmerschlaf — gleichgültig in welcher Form — anwenden solle, sondern nur nach bestimmten Indikationen, die er zu beschreiben versucht. Als zweiter Redner berichtete Herr O. P. Mansfeld-Budapest über: „den suggerierten Dämmerschlaf und andere Arten der schmerzlosen Geburt". Er führte aus: daß die viel diskutierte Frage, ob es überhaupt berechtigt sei, die Geburtsschmerzen zu lindern, resp. der Gebärenden das Bewußtsein zu nehmen, nicht erörtert werden sollte. Eine Entscheidung darüber könnten nur die Frauen selbst treffen.

Behauptungen, daß die Frau ihr Kind deshalb liebe, weil sie es mit Schmerzen gebar, klingen etwas — männlich. Ethisch hochstehende Frauen versichern, sie lieben im Kinde die Fortsetzung ihres Selbst und die Frucht ihrer Liebe, außer bei pervertierter Geschmacksrichtung.

Der Arzt hat also die Pflicht, wo irgend möglich, Schmerzen zu stillen, resp. zu lindern.

Mit dem Gauß'schen pharmako-dynamischen Dämmerschlaf kann man sich auch in Budapest nicht befreunden. Gauß steckt als Ziel seines Dämmerschlafes die Amnesie und motiviert das zweifach:

1. sei bei der zunehmenden Stärke der Wehen trotz der Linderung durch die Injektionen ein für die Gebärende überzeugender Erfolg nur dann zu erzielen, wenn ihr die Erinnerung an die Geburt überhaupt genommen wird;
2. sei die Amnesie wertvoll, da sie die Geburt als physisches Trauma ausschaltet.

Seitdem man sich in Budapest mit dem suggerierten Dämmerschlaf befaßt, ist es auch Mansfeld klar geworden, daß es viel leichter ist, eine Amnesie, als eine wirkliche Analgesie zu erreichen.

An Hand seines Materials berichtet Mansfeld über die von Frigyesi und ihm in Budapest gewonnenen Erfahrungen mit dem hypnotischen Geburtsdämmerschlaf. Von 90 Hausschwangeren gelang es ihm bei 80, einen solchen Grad von Hypnose zu erzielen, daß in der Hypnose Analgesie bestand. Die Zahl seiner vorbereitenden Sitzungen schwankt zwischen 1 und 8. Er sagt selbst: „Es muß eine suggestive Atmosphäre geschaffen werden, dann sind negative Fälle äußerst selten.

Von den 90 vorbereiteten Hausschwangeren haben 30 in Hypnose entbunden, bei diesen war:

volle Amnesie bei	29	= 90,6 %
abs. Analgesie bei	30 : 15	= 50,0 %
Hypalgesie	30 : 12	= 40,0 %
Schmerzlinderung	30 : 3	= 10,0 %

rotz der guten Erfolge hat man in Budapest auf das systema-sche Hypnotisieren der Hausschwangeren wieder verzichtet, a von neurologischer Seite auf die Gefahren der Hypnose hin-ewiesen und behauptet wurde, man hätte diese Erfolge nur ei Hysterischen erzielen können. Zwar hat man bei sämt-chen hypnotisierten Hausschwangeren keinerlei Hypnose-chäden bemerken können, doch halte ja auch Siemerling, seinen usführungen nach, die Hypnose für etwas Schädliches. Die ntelligenteren Frauen hätten Angst vor der Hypnose und diese notivierte oder unmotivierte — das müsse die Zukunft zeigen – Furcht vor der Hypnose sei das allergrößte Hindernis für iese Methode.

Deshalb hält Mansfeld es für zweckentsprechender, den usdruck „Hypnose" möglichst zu vermeiden und vom „sug-erierten Dämmerschlaf" zu sprechen.

Mansfeld meint, daß für die Zwecke der schmerzlosen Ent-indung schon die leichteren Grade von Hypnose genügen, ie Hierschlaff Pseudohypnosen nennt, und die man bei jedem esunden erreichen könne, während die tiefsten Hypnosen nur ei Hysterischen erreichbar seien. Ohne Ausnahme sei nach einen Erfahrungen auch mit diesen Graden der Hypnose eine mnesie zu erreichen. Er schlägt vor, in Anbetracht dieser chwierigkeiten, die Methode so zu gestalten, daß für jene Fälle, ie sich einer vorhergehenden Behandlung unterziehen wollen nd können, die präparatorischen Sitzungen eine Art P s y c h o-h e r a p i e sein sollen, mit dem doppelten Zweck: die Furcht or den Schmerzen zu nehmen und die Überzeugung zu eben, daß die Schmerzen (Nadelstiche usw.) tatsächlich zum chwinden bringen können. Er meint, daß man mit dieser ethode bei der Hälfte der Fälle zu dem gewünschten Ziele omme. Bei der anderen Hälfte könne man eine Ergänzung nit pharmako-dynamischen Mitteln in Form einer Suggestiv-arkose nicht entbehren.

F ü r F ä l l e , d i e o h n e V o r b e r e i t u n g z u r G e-b u r t k o m m e n , m ü s s e m a n d i e s c h m e r z l i n d e r n-d e n M i t t e l b e i b e h a l t e n.

Aber auch für die unvorbereiteten Fälle erscheint ihm der copolamin Mo.-Dämmerschlaf sowohl in seiner schematischen, ie in der individuellen Form überflüssig. Er verbreitet sich ann über seine Methode, die in einer Kombination kleiner Do-en von Scopolamininjektionen mit der Inhalation geringerer engen von Äthyl-Chlorid und Äther besteht, um dann zu fol-endem Schlusse zu kommen:

„Es ist theoretisch höchst interessant, daß durch Sug-estionen nach präparatorischen Behandlungen und Schaffung

eines entsprechenden Milieus eine Amnesie in über 90 %, Analgesie in 50 % zu erzielen sind.

Hemmungen und Bedenken sowohl in ärztlichen als in Laienkreisen setzen der Einführung der Methode große Schwierigkeiten entgegen.

Zur Behebung dieser Schwierigkeiten sollte von dieser Hypnose abgesehen werden und psycho-therapeutische Suggestivvorbereitung, danach suggestiver Dämmerschlaf gemacht werden.

Ist die Analgesie ungenügend, Ergänzung durch suggestive Narkose.

Für unvorbereitete Fälle kleine Dosen von Scopolamin mit Äthyl-Chlorid-Äther kombiniert".

Herr Kogerer berichtet über Versuche mit einer posthypnotischen Geburtsanalgesie, die er an 32 Hausschwangeren der Klinik Kermauner (Wien) vorgenommen hat. In den vorbereitenden Sitzungen, für welche im Wesentlichen die Dauer von 14 Tagen angenommen war, die aber oft sehr viel kürzer waren, wurde den Frauen schrittweise eine posthypnotische Analgesie der Geburtswege suggeriert. Die Geburt erfolgte dann im wachen Zustande. In 22 Fällen wurde so eine teils vollständige, teils unvollständige Beseitigung der Geburtsschmerzen erzielt. Unter den 10 Versagern befanden sich 6 Fälle von schwerer Hysterie, eine sehr unintelligente, psychopathische Minderwertige, in zwei Fällen war die Vorbereitungszeit sehr kurz und nur in einem Falle konnte eine greifbare Ursache für das Versagen nicht gefunden werden.

Die Vorzüge dieser Methode liegen nach der Meinung des Vortragenden darin, daß sie erstens vollkommen gefahrlos für Mutter und Kind ist, zweitens, daß den Frauen das subjektive Geburtserlebnis mit der alleinigen Ausnahme der Schmerzen unverändert erhalten bleibt. Bezüglich des ersten Punktes wäre darauf hinzuweisen, daß die Gefahren des medikamentösen Dämmerschlafes heute schon genugsam bekannt sind, daß aber auch der hypnotische Dämmerschlaf, wie er an verschiedenen Orten, insbesondere an der Heidelberger Klinik geübt wird, deshalb nicht ganz unbedenklich ist, weil wir ja nicht vergessen dürfen, daß alle diese Methoden, in denen die Hypnose, sei es eine Amnesie oder nur eine Analgesie bewirken soll, eigentlich auf der künstlichen Erzeugung eines hysterischen Mechanismus beruhen, der natürlich um so bedenklicher wird, je ausgiebiger die erzeugten Symptome sind. Wenn man nun bedenkt, daß zwischen dem normalen Seelenleben und den hysterischen Vorgängen keine scharfe Grenze besteht — Vortragender verweist zur Unterstützung dieser Behauptung auf die allgemein bekannte Tatsache, daß auch bei gesunden Menschen Schmerzempfindungen durch Affekte verdrängt werden können —, so scheint es wohl zulässig, affektive Schmerzverdrängungen auch künstlich herbeizuführen, sobald die Erfahrung lehrt, daß wirkliche hyste-

ische Krankheitssymptome auf diese Weise niemals hervorgerufen werden. Aber keinesfalls dürften wir dabei über das notwendige Mindestmaß hinausgehen. Der Übergang zu den von vielen Autoren, namentlich Nassauer, mit Recht vertretenen Forderung der Erhaltung des suggestiven Geburtserlebnisses ergibt sich daraus von selbst, so daß diese neben der ethischen auch eine hygienische Seite hat. Für die normal empfindende Frau bedeutet die Verdrängung des Geburtserlebnisses aus ihrem Bewußtsein eine schwere Vergewaltigung, die bei psychisch etwas schwächeren Personen sicherlich nicht ohne Folgen bleiben kann. Ganz besonders bedenklich aber erscheint ihm die Methode Heberer: das brüske Aufwecken aus tiefster Hypnose, in dem Augenblick, da die Hälfte des Kindes bereits geboren ist, bedeutet eine so ungeheure seelische Belastung der Frau, daß von psychiatrischer Seite gegen ein solches Vorgehen Verwahrung eingelegt werden muß. Auch ist es ein Irrtum, wenn Heberer glaubt, auf diese Weise für das subjektive Geburtserlebnis einen vollkommenen Ersatz zu erhalten.

Der einzige Nachteil, den die posthypnotische Analgesie gegenüber den anderen gebräuchlichen Methoden hat, ist die verhältnismäßig hohe Zahl von Versagern (fast 30 von 100). Doch wird sich auf Grund der bisherigen Erfahrungen dem Übelstande abhelfen lassen, wenn man die schwereren Fälle von Hysterie, bei denen eine Hypnose zu anderen als therapeutischen Zwecken ja überhaupt kontraindiziert ist, ferner die Degenerierten und Schwachsinnigen höheren Grades ausschließt und in allen Fällen mit der Vorbereitung rechtzeitig, das ist wenigstens 14 Tage vor dem erwarteten Geburtstermin, beginnt. Die Zahl der Versager wird dann wohl nicht mehr größer sein, als beim Heidelberger Dämmerschlaf.

Die Leistungsfähigkeit in Bezug auf den Grad der Analgesie ist bei einem so milden Verfahren natürlich auch eine beschränkte. Man wird also in Fällen, in denen solche Schmerzen über das normale Maß bedeutend hinausgehen, die Frage einer eventuellen Narkose in derselben Weise zu erörtern haben, als ob eine hypnotische Vorbereitung nicht erfolgt wäre, man wird aber andererseits öfters die Möglichkeit haben, durch Anwendung der „Hypno-Narkose nach Friedländer" zum Vorteile für Mutter und Kind mit einer geringeren Menge des Narkotikums auszukommen.

Die praktische Einführung der posthypnotischen Geburtsanalgesie ist dadurch erleichtert, daß der Arzt, der die hypnotische Vorbereitung gemacht hat, bei der Geburt nicht anwesend zu sein braucht. Es läßt sich diese Tatsache sehr gut mit der Forderung in Einklang bringen, daß die hypnotische Vorbehandlung womöglich von einem psychiatrisch vorgebildeten Arzt vorgenommen, oder zum mindesten überwacht werden soll. Der psychiatrisch Unerfahrene ist ja immer in Gefahr, einmal z. B. bei einer nicht erkrankten Hysterie, einen unange-

nehmen Zufall zu erleben, der bei der Eigentümlichkeit der Hypnose überhaupt und der Einstellung der Laien gegenüber diesem Problem sehr leicht dazu führen kann, daß das Ansehen sowohl des Arztes, als auch der Methode schwer geschädigt wird, welche Schädigung sich erfahrungsgemäß sehr rasch in Mißerfolge umzusetzen pflegt.

In der Diskussion weist v. Oettingen im Anschluß an die Ausführungen von Kogerer, darauf hin, daß das Geburtserlebnis wesentlich schon dadurch genommen wird, daß man auch beim Bewußtsein der Frau ihr den Schmerz nimmt. Denn der Schmerz ist ein Haupfaktor des Geburtserlebnisses, wie das Bewußtsein, dem Kinde zuliebe diesen Schmerz durchlebt zu haben. Deshalb ist jeder Methode, die Schmerz nimmt, der Vorwurf zu machen, daß sie das Geburtserlebnis raubt. Es ist freilich zu diskutieren, bei wieviel Frauen das Geburtserlebnis als „Höhepunkt des weiblichen Lebens" aufzufassen ist.

Heberer (Dresden) erklärt, daß seine Erfahrungen mit dem hypnotischen Dämmerschlaf sich in jeder Hinsicht mit denen der Heidelberger Klinik decken. Wer als Geburtshelfer Gelegenheit hat, die Wirkung des hypnotischen Dämmerschlafes an lang dauernden Geburten zu beobachten, der muß zur Einsicht kommen, daß bereits nach 10—12stündiger Geburtsdauer von einer absoluten Amnesie nicht gesprochen werden kann. Die Frauen befinden sich dann vielmehr in einem ganz leichten, oberflächlichen Dämmerzustand. Dieser Zustand ist nicht ganz gefahrlos, und Heberer hebt, nachdem Mansfeld und Kogerer für den leichten hypnotischen Dämmerschlaf eingetreten sind, hervor, daß er in verschiedenen Fällen die Psyche derartiger Frauen analysiert hat; dabei stellte sich heraus, daß die im Halbschlaf aufgenommenen Sinneseindrücke von der Kreißenden nicht kritisch verarbeitet werden konnten, sondern einer Verdrängung anheimfielen, daß heißt als unerledigte Komplexe im Unterbewußtsein zurückblieben. So kam es z. B. vor, daß eine rektale oder vaginale Untersuchung in der Psyche der Wöchnerin Spuren hinterließ, die in ihrer Wirkung der Bedeutung eines psycho-sexuellen Traumas gleichzuwerten waren. Auf die Bedeutung dieser Traumen hat Freud hingewiesen, der uns gezeigt hat, daß sie oft noch nach Jahren eine Neurose auszulösen vermögen.

Um dieser Gefahr vorzubeugen, verwendet die Dresdener Frauenklinik zu geburtshilflichen Zwecken nur tiefe Hypnosegrade, oder sie verzichtet auf jegliche schmerzlindernde Methode überhaupt.

Siegel (Gießen) ist auch überzeugt, daß Geburten im hypnotischen Dämmerschlaf gehen, aber er bedauert, daß auf die (vorne zitierte) Arbeit Siemerlings nicht eingegangen worden ist. Die Hypnose ist sicher ein psychisches Trauma, das für die psychisch intakte Frau belanglos sein kann, aber dessen Wirkung auf die psychisch labile Frau noch ganz unbekannt ist.

Wir müssen doch bedenken, daß 15 Prozent aller weiblichen Psychosen ihren Ausgang aus Geburts- und Wochenbett nehmen. Wir können aber vor der Geburt die psychisch labile von der psychisch intakten Frau nur ungenügend unterscheiden. Es scheint ihm, als ob bei der schmerzlosen Geburt in Hypnose doch die Gefährdung zu ungunsten der Mutter verschoben hat. Nachteil der Hypnose ist die Gefahr der Erziehung von Laienhypnositeuren. Es ist erstaunlich, wie schnell sich das Personal, besonders die Hebammen, auf das Verfahren einstellen. Siegel erscheint seine Methode des vereinfachten medikamentösen Dämmerschlafes absolut ungefährlich, jedoch scheint ihm eine Entwicklung der schmerzlosen Geburt im Sinne einer starken suggestiven Beeinflussung der Gebärenden in Kombination mit schematischen Scopolamin-Amnesien, bei weiterer Vereinfachung möglich und aussichtsreich.

Latzko (Wien) findet als aussichtsreichstes Verfahren der Schmerzlinderung in Geburt und bei kleineren gynäkologischen Eingriffen seit Jahren in der Narko-Hypnose die Methode der Wahl.

Pankow (Düsseldorf) hat den Eindruck, daß die in hypnotischem Dämmerschlaf entbundenen Frauen noch einer Nachbehandlung bedürfen. Er meint, daß doch manche Frauen nach der Geburt scheuer waren, als vorher und mit dem inneren Bewußtsein herumgingen, daß etwas mit ihnen geschehen sei, das von ihnen selbst und ihrer Umgebung als absonderlich angesehen werde. Er rät deshalb eine dahinzielende hypnotische Nachbehandlung an.

Straßmann (Berlin) hat in seiner Klinik keine Geburten in hypnotischem Dämmerschlaf gemacht, da — nach psychiatrischen Erfahrungen — eine wochenlang fortgesetzte hypnotische Beeinflussung nicht gleichgültig sei.

Mathes (Innsbruck) weist darauf hin, daß es sich nicht darum handele, den Geburtsschmerz ganz zu beseitigen, sondern nur ihn erträglicher zu machen, denn der Geburtsschmerz sei, —wie ja v. Oettingen gesagt habe — ein wesentlicher Bestandteil des Geburtserlebnisses. Die Gebärenden, die so außer allem Verhältnis unter den Geburtsschmerzen leiden, befinden sich in einem Zustande der Panik, sie haben die Herrschaft über sich verloren, sie wollen dem Schmerz entfliehen, statt ihn zu meistern. Wenn man solche Gebärenden in ruhigem Tone anweist, ganz ruhig zu liegen, jede Bewegung zu vermeiden, weil jede Bewegung nur den Schmerz vermehren würde, die Hände über der Brust zu kreuzen und tief zu atmen, so werden die meisten dieser Frauen ruhiger und geben selbst zu, weniger Schmerzen zu fühlen. Bei einzelnen kann man dieses Verfahren durch kleine Äther- oder Narcophingaben im Anfange unterstützen. Von der Richtigkeit dieser Auffassung kann sich jeder selbst überzeugen. Wenn man beim Zahnarzt die

Stuhllehne umkrampft, die Beine anstemmt, den Atem anhält, alle Muskeln spannt, so ist das Panik, der Schmerz steigert sich immer mehr; bleibt man jedoch ganz schlaff sitzen, atmet ruhig und verzieht keine Miene, so wird sofort die Schmerzempfindung weniger lebhaft.

Hallauer (Berlin) referiert über: „die Hypnose in der Gynäkologie" und „die Narko-Hypnose". Er findet in der Narko-Hypnose ein souveränes Verfahren für die Geburtshilfe, die Geburt schmerzlos zu gestalten, ohne den natürlichen Ablauf zu beeinträchtigen. Sie ist in einem jeden Stadium der Entbindung und ohne jede Vorbereitung der Kreißenden leicht anwendbar. Seine Erfahrung in etwa 600 Geburten, die er im Laufe der Jahre in Narko-Hypnose geleitet hat, bestätigen ihm das.

Auch erscheint ihm die Narko-Hypnose als wertvolles therapeutisches Hilfsmittel in der Gynäkologie. Vor allem lobt er ihre Wirkung bei der Behandlung von Vaginismus, Dysmenorrhöe und Hyperemesis gravidarum. Den Ausführungen Kogerers gegenüber nimmt Hallauer den Standpunkt ein, daß die Erscheinungen der Hysterie zwar mit den Grundzügen der Hypnose verwandt sind, daß jedoch die hypnotischen Phänomene als eine allgemeine physiologische Grundlage zu betrachten sind, auf Grund deren sich unter Umständen die Hysterie als eine besondere pathologische Form der Reaktion entwickeln kann. Diese Kombination von Narkose und Hypnose als ärztliche Methode, Geburten schmerzlos in Hypnose durchzuführen, ist zweifellos ein prinzipiell neues Verfahren von großer praktischer Tragweite, durch das die Hypnose erst für die allgemeine Praxis fruchtbar gemacht werden kann. Im Vergleich zu der von der Heidelberger Schule vorgeschlagenen Hypnose mit wochenlanger Vordressur der Schwangeren, ist diese Methode wegen ihrer Einfachheit und Sicherheit bei weitem vorzuziehen, während die Methode von v. Oettingen für die Praxis nicht geeignet ist und der Einführung der Hypnose in die allgemeine Praxis eher schaden als nützen kann.

In seinem Schlußwort bemerkt Kogerer (Wien), daß Hallauer ihn mißverstanden habe. Der Charcot'sche Standpunkt, „daß Hypnose Hysterie sei", sei weder der Standpunkt der Schule Wagner-Jauregs, noch der seinige. Aber daran, daß die gewaltsame Verdrängung des Geburtserlebnisses aus dem Bewußtsein der Frau, einer künstlichen Hysterisierung gleichkomme, daran halte er fest.

Die Befürchtungen Heberers kann er nicht teilen. Es könne schon einmal vorkommen, daß im Halbschlaf von der Kreißenden apperzipierte Sinneseindrücke als unerledigte Komplexe im Unterbewußtsein zurückbleiben, doch ist das, seiner Ansicht nach, dann dem Hypnotiseur zur Last zu legen, der bei genügender Aufmerksamkeit solche Folgen vermeiden kann und muß.

Nach dem Innsbrucker Kongreß wurde es um die Hypnose nd Suggestion in der Geburtshilfe und der Gynäkologie recht ill. Die Methode scheint langsam in Vergessenheit gesunken ı sein. Auf Grund der Erfahrungen, die der Verfasser seiner eit als Schüler von Kirstein und in der städtischen Entbinungsanstalt in Kassel unter der Anleitung von Falk gemacht atte, unternahmen wir es, da wir einige, uns geeignet erheinende Fälle zur Verfügung hatten, die Anwendungsbreite er Hypnose und Suggestion in der Geburtshilfe und der Gynäologie noch einmal zu überprüfen. Sind doch annähernd 0 Prozent sämtlicher sogenannter „Frauenleiden" in irgend iner Form psychogen überlagert! Deshalb ist oft die Suggestion in Form von Hypnose ein nicht zu unterschätzender herapeutischer Faktor, neben der rein lokalen Therapie.

Die von uns angewandten Methoden der Hypnotisierung richteten sich jeweils nach der Individualität und dem Intelligenzgrad der Patientinnen. Auf das Wetterstrand'sche Verahren, in den einzelnen Hypnosesitzungen jeweils mehrere rauen zu gleicher Zeit zu hypnotisieren, um die Suggestibilität u erhöhen, haben wir in dieser Form verzichtet. Wir haben doch die sog. „Einstellung" — so wurde von uns die erste vorbereitende Hypnose genannt, — nachdem wir die Patientin ber die Zwecke und Ziele der Methode unterwiesen hatten, wie es auch Schultze-Rhonhof anrät), und etwaige Belenken der Patientin durch ruhigen Zuspruch zerstreuten, tets in folgender Weise vorgenommen: Wir hypnotisierten ler Patientin eine bereits eingestellte Patientin vor, weckten liese Patientin wieder auf, um die so oft in Laienköpfen pukende Furcht vor dem Nichtwiederaufwachen zu beeitigen. Sodann hypnotisierten wir dieselbe Patientin noch einmal und nahmen dann in Gegenwart der schlafenden Patientin die Neueinstellung vor. Bei der zweiten Einschläferung der schon eingestellten Patientin hatten wir stets der „Novize" — ich darf mich dieses von Schultze-Rhonhof geprägten Ausdruckes bedienen — suggeriert, daß sie beim Anblick der einschlafenden Patientin in steigendem Grade ein Müdigkeitsgefühl überfallen würde, so daß sie, wenn der hypnotisierende Arzt mit ihr beginnen würde, die Augen noch kaum aufhalten könne. Wir hatten dabei stets den Erfolg, daß die Patientinnen bereits so müde waren, daß in der nun folgenden Hypnose eine Katalepsie, oft auch schon Somnambulismus leicht erreichbar war. Gelang es nicht in der ersten Sitzung, in der stets zwei Hypnosen gemacht wurden, sofort Somnambulismus zu erzielen, so verzichteten wir gern darauf und begnügten uns mit den von Kogerer (Wien) auf dem Innsbrucker Kongreß als ausreichend propagierten, leichteren Stadien der Hypnose, die Hierschlaff „Pseudohypnosen" nennt. Wir fanden dann, daß in den nächsten Sitzungen der Grad der Hypnose schrittweise vertieft werden konnte. Nur in einigen Fällen konnten wir

Somnambulismus nicht erzielen, sahen aber, daß die geringeren Grade von Hypnose einem therapeutischen Effekt nicht entgegenstanden.

Bei der von der uns angewandten Technik vermieden wir mesmetrische Striche, sowie tunlichst jegliches Berühren der Patientin, in der Erwägung, daß derartige Berührungen sehr leicht Anlaß zu erotischen Mißdeutungen seitens der Patientinnen führen können, wovor ja auch Siemerling warnt. Außerdem nahmen wir stets zu den Hypnosen einen Zeugen hinzu. Nur bei der von uns bei der Einleitung der Hypnose stets gegebenen Suggestion: „Ruhig der Atem, ruhig das Herz!" legten wir leicht die Hand auf. Nachdem so, in oft schrittweisem Vorgehen, der nötige Tiefengrad der Hypnose erreicht war, suggerierten wir den Patientinnen eine schlaffe Lähmung und Analgesie eines Armes, die auch nach dem Erwachen fortbestehen würde und von dem hypnotisierenden Arzt durch dreimaliges Bestreichen des Armes in Wachsuggestion wieder abreagiert wurde. Nach dem Erwecken demonstrierten wir dann der Patientin durch energisches Kneifen mit einem scharfen Schieber oder einer Kocherklemme, daß es uns gelungen sei, ihr auf einige Zeit jegliches Schmerzgefühl im Arme zu nehmen, um sie vorerst einmal davon zu überzeugen, daß es mit dieser Methode möglich ist, Schmerzen zum Schwinden zu bringen. In der nächsten Sitzung demonstrierten wir ihr in derselben Weise eine Analgesie der gesamten Genitalregion.

Im übrigen sind die Einzelheiten der von uns angewandten Vorbereitungstechnik in den später folgenden genau geführten Krankenblättern niedergelegt. Zu bemerken wäre jedoch noch, bezüglich der Dauer der einzelnen Sitzungen, daß wir uns nicht an die von manchen Autoren vorgeschriebene Forderung hielten: daß eine hypnotische Sitzung jeweils mindestens eine halbe Stunde dauern müsse. Wir setzten die Dauer der Hypnosen in den ersten Sitzungen auf 10—20 Minuten an, um dann in der dritten oder vierten Sitzung den hypnotischen Schlaf auf mindestens zwei, in einigen Fällen von „Narko-Hypnose nach Kaufmann" sogar auf 6—8 Stunden auszudehnen. Bei diesen Narko-Hypnosen hielten wir uns genau an die Kaufmann'sche Vorschrift. Wir gaben 15 ccm „Hypnotikum I nach Kaufmann" mit 15 ccm „Hypnotikum II nach Kaufmann" gemischt, mit dem Erfolge, daß wir bei einer ohne dieses Hypnotikum nur in Katalepsie zu bringenden Patientin, die dauernd Gegensuggestionen aus ihrem Familienkreise ausgesetzt war, nach kurzer Zeit Somnambulismus und Amnesie erzielen konnten. Die Anzahl unserer vorbereitenden Sitzungen für den hypnotischen Geburtsdämmerschlaf schwankte zwischen 3 und 9.

In einem Falle jedoch gelang es uns, eine bereits Kreißende II. Para, ohne jede hypnotische Vorbereitung in den Wehenpausen zu hypnotisieren, die Hypnose jeweils in den Wehen-

pausen bis zum amnestischen Tiefschlaf zu vertiefen und so die Kreißende schmerzlos entbinden zu können.

Anschließend geben wir den Geburtsbericht, dem wir unsere anderen Berichte folgen lassen.

I.

Frida E., Pflegerin, 26 Jahre, aus Altforf, II. Para.

Familien und eigene Anamnese: o. B.

Menarche mit 13 Jahren, von da stets regelmäßig 5 Tage Dauer, mittlerer Blutverlust, ohne Beschwerden.

Partus: Mai 1927 nach normaler Gravidität, Spontangeburt eines lebensfrichen Knaben.
Vollkommen ungestörter, fieberfreier Wochenbettsverlauf.
Kind ein Vierteljahr gestillt, lebt gesund.

Aborte: 0.

Jetzige Schwangerschaft:

Letzte Regel: Mitte Januar 1928, wie sonst.

Tag der Empfängnis: 24. Januar 1928.

Erste Kindsbewegung: Ende Mai 1928.

Mutmaßliche Niederkunft: Ende Oktober 1928.

Verlauf der Schwangerschaft: Anfangs Erbrechen, manchmal Schwindelanfälle, keine Ödeme, keine Blutungen, geringer Fluor. Keine Kohabitationen, keine Spülungen in den letzten 4 Wochen. Keine vaginalen Untersuchungen.

Befund: Mittelgroß, graziler Knochenbau, mittlerer Muskulatur- und Ernährungszustand.
Keine Varizen, keine Ödeme.
Alte und frische Striae.
Herz o. B., Lunge o. B.
Puls 70, gut gespannt und gefüllt.
Blutdruck 100 mm, Hg. nach RR.
Beckenmaße: Spin. J. 26 cm,
Cr. J. 29 cm,
Tr. 32 cm,
Conj. ext. 23 cm.

Geburtsverlauf.

12. 10. 28.

20,00 h Meldet sich mit Wehen und wird nach der üblichen Desinfektion ins Kreißbett gelegt.

20,15 h Einleitung der Hypnose, die jeweils in den Wehenpausen vertieft wird. Die Wehen kommen alle 5 Min. und sind von mittlerer Dauer und Intensität.

20,45 h Blasensprung.
Die Hypnose ist mittlerweile so tief geworden, daß fast vollständige Analgesie besteht. Die Kreis-

sende empfindet die Wehen nur als ganz leichten Zug im Kreuz. Nach weiterer, darauf gerichteter Suggestion verschwindet auch dieses Gefühl. Die Kreissende bietet nunmehr das Bild einer friedlich Schlafenden, und nur ein leichtes Stöhnen beim jedesmaligen Ablauf einer Wehe gibt Kunde von der recht intensiven Wehentätigkeit.

21,10 h Einsetzen guter Preßwehen.
Die Kreissende schläft dabei fest, ist nur auf den Hypnotiseur und die diensttuende Hebamme eingestellt, deren Anordnungen sie prompt Folge leiset.

21,15 h Kopf im Einschneiden.

21,19 h Kopf im Durchschneiden.
Während des Durchschneidens des Kopfes gibt der hypnotisierende Arzt mit monotoner Stimme, in stereotyper Form mehrfach die Suggestion: „Es . . . . tut . . . . nicht . . . weh!" Er legt dabei seine rechte Hand auf die Stirn und die linke Hand auf Leib der Kreissenden

21,20 h Die Geburt eines lebensfrischen Knaben II. H. H. L. ist vollendet.

21,25 h folgt die Plazenta spontan.
Die Wöchnerin wird nunmehr frisch gebettet, unter Suggerierung vollkommenen Wohlbefindens erweckt und ihr das Kind gezeigt.

21,45 h Die Wöchnerin wird wieder in hypnotischen Schlaf gebracht mit der Suggestion, am anderen Morgen von dem hypnotisierenden Arzt erweckt zu werden.

13. 10. 28.

6,15 h Beim Betreten des Kreißsaals durch die diensttuende Hebamme öffnet die Wöchnerin für einen Moment die Augen, murmelt: „Guten Morgen, Frl. Schmidt" und schläft dann ruhig weiter.

8,00 h Die Wöchnerin wird von dem sie hypnotisierenden Arzt geweckt. Sie wird sodann auf die Wochenstation überführt.

Die von Dr. Schmidt, der Hebamme Frl. Schmidt und dem hypnotisierenden Arzt unabhängig voneinander erhobene eingehende Katamnese ergibt: Vollständige Amnesie über den Geburtsverlauf bis zum Zeigen des Kindes. Vollkommene Analgesie der Geburtswege während der gesamten Dauer der Geburt.

22. 10. 28. Die Wöchnerin wird nach vollkommen ungestörtem und fieberfreiem Wochenbett heute entlassen. Nach der Abschluß[illegible]ters[illegible]ch[illegible]ng wird sie noch einmal in hypnotischen Schlaf [illegible]ebracht und ihr darin die

Suggestion gegeben, daß sie von ihrem Erwachen an nie wieder von einem Menschen hypnotisiert werden kann, es sei denn, in Krankheitsfällen oder bei späteren Geburten, von einem Arzte.

Irgend welche störenden Nachwirkungen des hypnotischen Geburtsdämmerschlafes wurden nicht beobachtet.

Diese Abreaktion des hypnotischen Einflusses haben wir in sämtlichen Fällen prinzipiell vorgenommen, um die Wöchnerin bei ihrer unstreitbar starken Suggestibilität vor Hypnoseversuchen von unberufener Seite für ihr weiteres Leben nach Kräften zu schützen. Bei einem anderen Falle einer, nach Vorbereitung in hypnotischem Geburtsdämmerschlaf Entbundenen, außerordentlich stark suggestibilen Frau, gaben wir sogar zur Kontrolle der gelungenen Abreaktion eine posthypnotische Terminsuggestion. Daran, daß diese Terminsuggestion nicht realisiert wurde, konnten wir das Gelingen der Abreaktion kontrollieren.

II.

Anna G., 19 Jahre, Arbeiterin (Hausschwangere).

1. Regel mit 17 Jahren, kein Abort.

Letzte Regel: 6.—9. 1. 28.

Im Anfang der Gravidität 4 Wochen Erbrechen, öfters Nasenbluten. Keine Blutungen, keine Ödeme, kein Fluor.

1. Schwangerschaft: 1. Geburt. 2. Schädellage, Kind lebt.

Beckenmaße: Sp. J. 22,5;
Cr. J. 29,
Tr. 32,
Conj. ext. 22,5.

Behandlung in der Schwangerschaft:

3malige hypnotische Vorbereitung zur schmerzlosen Entbindung in Hypnose. Es wurde jedesmal nur Katalepsie erzielt.

Geburtsverlauf:

22. 10. 28.

22,00 h Kommt mit Wehen auf den Kreißsaal. Nach der üblichen Desinfektion und Einlauf, Einleitung der Hypnose. Da dieselbe mit der bisher geübten Fixationsmethode nicht sofort gelingt, wird die Hypnose über folgende „Brücke" eingeleitet: Eine Chloroformmaske wird der Kreißenden aufgelegt und unter Schlafsuggestion und Suggestion vollkommener Analgesie der Geburtswege werden einige Tropfen folgender Mischung auf die Maske geträufelt:

Eau de Cologne 15,0
Äther pro Nark. gtts. XX.

Daraufhin sofort Katalepsie und Analgesie des gesamten Unterleibes.

23. 10. 28.

0,07 h Die Wehen sind kürzer und die Wehenpausen sind länger geworden. Es werden drei Teilstriche Pituectol injiziert. Daraufhin werden die Wehen wieder kräftiger. Die Katalepsie und Analgesie besteht weiter. Die Kreißende gibt an, die Wehen nur als geringes Ziehen im Kreuz zu spüren. Nach weiterer, daraufhin gerichteter Suggestion, verschwindet auch dieses Gefühl.

1,30 h verläßt der hypnotisierende Arzt den Kreissaal. Daraufhin hört die Analgesie nach kurzer Zeit spontan auf. Die Kreissende wird immer unruhiger, Die Schmerzäußerung immer heftiger. Der anwesende Kreißsaalarzt Dr. Schmidt erwägt sogar eine Injektion von Morphium.

4,00 h Blasensprung. Der hypnotisierende Arzt betritt den Kreissaal wieder, wo sich die Kreissende unter lauten Schmerzäußerungen im Bett umherwirft, legt seine linke Hand auf die Stirn, die rechte auf den Leib der Kreissenden. Sofort tritt erneute Analgesie ein, die während der ganzen Zeit der Preßwehen bis zum Schlusse der Geburt anhält.

4 30 h ist die Geburt eines kräftigen Knaben aus II. HHL vollendet.

4 35 h folgt die Plazenta spontan.

Die Kreissende bekommt das Kind gezeigt, wird vom hypnotisierenden Arzt nunmehr leicht in amnesischen Tiefschlaf gebracht und schläft bis zu ihrer Überführung auf die Wochenstation tief und fest.

Eine eingehende Katamnese ergibt: Vollständige Analgesie in hypnotischer Katalepsie während der Anwesenheit des hypnotisierenden Arztes im Kreissaale; volle Empfindlichkeit für die Wehen mit starker Schmerzäußerung bei dessen Abwesenheit.

Die Katamnese wurde vom hypnotisierenden Arzt vom Kreissaalarzt Dr. Schmidt und von der diensttuenden Hebamme jeweils unabhängig voneinander erhoben.

[illegible]esem Falle war, vielleicht infolge der zu kurzen Vor[illegible] n[illegible] es wurde in dreimaligen Sitzungen jedesmal nur [illegible]e erzielt) eine Amnesie während der Geburt nicht [illegible]en doch genügte die, in dem kataleptischen Stadium [illegible]fene Analgesie der Geburtswege für den schmerz[illegible] [illegible] der Geburt vollkommen, solange der hypnotisie-

nde Arzt sich bei der Kreissenden befand. Hat doch auch gerer (Wien) die Erfahrung gemacht, daß die leichteren Grade r Hypnose, die Hierschlaff'schen „Pseudo-Hypnosen", für den hmerzlosen Ablauf der Geburt praktisch dieselbe Bedeutung ben, wie der amnestische Tiefschlaf.

Irgendwelche Wahrnehmungen, die sich mit dem Einwande eberers (Dresden) gegen diese leichteren Grade der Hypnose ecken, nämlich, daß die im Halbschlaf aufgenommenen Sinneseindrücke von der Kreissenden nicht kritisch verwertet würden und als unerledigte Komplexe im Unterbewußtsein zurückblieben, haben wir an unserer Patientin nicht gemacht.

Die Patientin wurde nach fieberfreiem, ungestörten Wochenbett am 3. 11. 28., nach der üblichen Abreaktion, bei bestem psychischen und körperlichem Wohlbefinden entlassen.

III.

Personalien: Paula S., Buchbindersehefrau, 23 Jahre alt. Eintritt in die Klinik als Hausschwangere am 26. September 1928.

Familienanamnese: Vater unbekannt, Mutter und ein Bruder lebend gesund.

Eigene Anamnese: Keine Rachitis, Termin des Laufenlernens unbekannt.

Erste Regel mit 17 Jahren, im ersten Jahre unregelmäßig, dann regelmäßig alle 28 Tage, von 2—3tägiger Dauer, ohne Beschwerden.

Erste Schwangerschaft: Kein Abort.

Letzte Regel: Ende Januar 1928, wie sonst.

Tag der Empfängnis unbekannt.

Erste Kindsbewegung unbekannt.

Mutmaßliche Niederkunft: Anfang November.

Verlauf der Schwangerschaft: bis zum Monat Mai sehr starkes Erbrechen. Stuhlgang regelmäßig. Keine Ödeme. Keine Ohnmachten, kein Flimmern vor den Augen, keine Blutungen.

Schwangerschaftsbefund: mittelgroße, mäßig kräftige Frau von blasser Hautfarbe. Schleimhäute mäßig durchblutet. Mittlerer Ernährungszustand. Geringe Pigmentation der linea alba, mäßige Striae. Keine Ödeme. Keine Varisen.
Herz: o. B.
Lunge: o. B.
Leber und Milz unter dem Rippenrande nicht tastbar.
Nierengegend nicht druckempfindlich.
Puls 70, gut gespannt und gefüllt.
Blutdruck 120 mm, Hg. nach RR.
Beckenmaße: Sp. J. 25,
Cr. J. 26,
Conf. ext. 19,5.

Brüste: Klein, abstehend, von geringem Fettgehalt und und mäßiger Drüsensubstanz, Warzenhof gut pigmentiert, 5-Markstück groß; Warzen gut faßbar.

Leib: Flach-kugelig, fundus uteri: handbreit unter dem Rippenbogen kleine Teile rechts, Rücken links, Kopf beweglich über dem Beckeneingang; Herztöne links am Nabel.

Leibesumfang: 98 cm, Nabelhöhe 18 cm.

Fundus-Höhe: a) Bandmaß: 35 cm,
b) Tasterzirkel 24,5.

Entfernung zwischen Symph. u. Proz. xyph. 41 cm.

Beckenumfang: 97 cm.

Schenkelumfang: 55 cm.

Schwangerschaftsdiagnose. gravidas mens 8. Erste Schädellage. Kind lebt.

Behandlung in der Schwangerschaft.

Vorbereitung zum hypnotishen Geburts-dämmerschlaf.

15. 10. 28.

1. Sitzung. Der Schwangeren wird eine in Suggestionsbehandlung befindliche Patientin einer anderen Station vorhypnotisiert. In Gegenwart dieser schlafenden Patientin wird bei ihr in kurzer Zeit Katalepsie und Analgesie für tiefe Nadelstiche erzielt. Dauer der Sitzung: 20 Minuten.

18. 10. 28.

2. Sitzung. Es wird amnestischer Tiefschlaf erzeugt und der Schwangeren eine Analgesie der gesamten Genitalregion suggeriert. Sie bekommt die posthypnotische Suggestion, daß diese Analgesie noch 10 Minuten lang nach dem Erwachen bestehen bleiben und dann auf ein Händeklatschen des hynotisierenden Arztes plötzlich verschwinden soll. Diese posthypnotische Suggestion wird prompt reproduziert; die Analgesie während dieser 10 Minuten von Dr. Schmidt mehrfach nachgeprüft.

23. 10. 28.

3. Sitzung. Es wird Somnambulismus erreicht. Die Schwangere wird auf die Stimme des hypnotisierenden Arztes und auf die Stimme der diensttuenden Hebamme eingestellt. Sie reagiert auch nur auf diese beiden Stimmen und befolgt die ihr gegebenen Befehle prompt. Alle anderen Personen bekommen trotz großer Anstrengung keinen Rapport mit der Schlafenden. Es wird begonnen, der Hypnotisierten folgende posthypnotische Suggestion für den Geburtsbeginn einzuhämmern: „Wenn Sie die ersten Wehen verspüren, werden Sie sich sofort

im Kreißsaal bei Frau Wieser oder Frl. Schmidt melden. Sie bekommen dann Ihren Einlauf und Ihr Stehbad und werden im Kreissaal ins Bett gelegt. Sobald Sie im Kreissaal liegen, werden Sie, auch ohne daß ich anwesend bin, tief und fest einschlafen. Sobald Sie schlafen, werden Sie die Wehenschmerzen nur als geringes Ziehen im Kreuz spüren. Sie werden während der ganzen Dauer der Geburt schlafen und werden nur auf meine Stimme und die Stimme von Frau Wieser oder Frl. Schmidt hören.

. 10. 28.

4. Sitzung: wie 3. Sitzung: Einhämmern der posthypnotischen Suggestion für die Geburt.

. 10. 28.

5. Sitzung. Die Schwangere schläft in somnambulen Zustande eine Stunde lang. Stimmeneinstellung auf den suggerierenden Arzt und die diensttuende Hebamme. Prüfung durch Kontrollstimmen. Einhämmern der Suggestion für die Geburt. Eine posthypnotische Terminsuggestion, welche darauf gerichtet ist, daß die Schwangere am anderen Morgen um 7,30 h plötzlich die Idee bekomme, Herr Dr. Schmidt würde verschlafen und daß sie ihn deshalb wecken soll, wird prompt realisiert. Auf beruhigendes Zureden seitens des Arztes und auf die Erklärung hin, daß man ihr diesen Befehl im Schlafe gegeben habe, um die Tiefe ihres Schlafes zu prüfen, und so eine Gewähr für ihre schmerzlose Entbindung zu haben, schwindet die gedrückte Stimmung und der Kopfschmerz sofort und macht einer freudigen Zuversicht über die Schmerzlosigkeit des kommenden Geburtsvorganges Platz.

0. 10. 28.

Die Schwangere ist den ganzen Vormittag über in gedrückter Stimmung, erklärt, sie habe Kopfschmerzen und erzählt dem sie hypnotisierenden Arzt folgendes: sie mache sich Vorwürfe über ihre Keckheit, mit der sie an diesem Morgen Herrn Dr. Schmidt geweckt habe. . .

. 11. 28.

6. Sitzung. (Demonstration vor Prof. Wintz). Bei Fixation mit den Augen sofort Tiefschlaf. Suggerierte schlaffe Lähmung des rechten Armes mit Analgesie. Durchstechen des Armes nach äußerer Desinfektion mit einer sterilen Lumbalpunktionsnadel. Keinerlei Schmerzäußerung dabei. Daraufhin soll Hochhaltung des rechten Armes in starrer Läh-

mung suggeriert werden. Der Arm wird hochgestellt und auf Anordnung von Prof. Wintz der Schlafenden suggeriert, daß der Arm nach 3 Minuten von selbst herunterfalle. Nach 3 Minuten fällt der Arm herunter. Darauf Einhämmern der Suggestionen für die Geburt. Prüfung der Stimmeneinstellung durch Kontrollstimmen. Aufwecken unter Suggerierung vollkommenen Wohlbefindens und guten Nachtschlafes.
Dauer der Hypnose: 40 Minuten.

5. 11. 28.

7. Sitzung. Wie oben (ohne die Nadelstichprobe).

9. 11. 28.

8. Sitzung. Demonstration vor Oberarzt Priv.-Dzt. Dr. Dyroff. Wie 6. Sitzung. Dauer 30 Minuten.

13. 11. 28.

2,15 h kommt Srau S. mit Wehen auf den Kreißsaal und wird nach Stehbad und Einlauf ins Kreißbett gelegt wo sie — in Abwesenheit des hypnotisierenden Arztes — infolge der erhaltenen posthypnotischen Suggestion fest einschläft. Wehen alle 5—7 Minuten, keinerlei Schmerzäußerung, nur leichte notorische Unruhe bei stärkerer Intensität der Wehen.

3,20 h Wie ihr in den vorbereitenden Hypnosen suggeriert worden war, so ist Frau S. auf die Stimme der diensttuenden Hebamme eingestellt, die auch in tiefstem Somnambulismus Rapport mit ihr behält, und deren Anordnungen die Kreißende prompt befolgt. Rektale Untersuchung durch die diensttuende Hebamme. Die Kreissende bleibt dabei in festem hypnotischem Schlaf.

6,30 h betritt der hypnotisierende Arzt den Kreissaal und findet die Kreissende fest eingeschlafen vor.

8,00 h die Kreissende wird in tiefem Somnambulismus und vollständiger Analgesie der Geburtswege in den Hörsaal gebracht und von Prof. Wintz demonstiert. Sie liegt friedlich schlafend in den Kissen, ist auf die Stimme des suggerierenden Arztes und der diensttuenden Hebamme eingestellt. Sämtliche Versuche von Prof. Wintz, seinerseits Rapport mit der Schlafenden zu bekommen, scheitern. Die Analgesie der Geburtswege ist so vollkommen, daß selbst bei brüsker äußerer Untersuchung und einer dabei hervorgerufenen starken Wehe keinerlei Schmerzäußerungen der Kreissenden beobachtet werden. Wiederverlegung in den Kreißsaal.

11,30 h werden, da die Wehentätigkeit nachgelassen hat 2 ccm Pitujektol intramuskulär injiziert. Der Rapport mit den eingestellten Personen ist vollständig. Wiederholte Versuche von anderer Seite, die Kreissende zu erwecken, oder ihr Befehle zu geben, scheitern. Selbst auf die stärkste Wehentätigkeit reagiert die Kreissende nur mit einem ganz gelinden Stöhnen.

13,20 h Rektale Untersuchung: M. M. 5-Markstück groß, dickwulstig, Blase steht, Kopf fest im Beckeneingang, kleine Fontanelle rechts, große Fontanelle links, Pfeilnaht leicht im schrägen Durchmesser.

14,20 h untersucht Oberarzt Dr. Dyroff in Abwesenheit des suggerierenden Arztes die Kreissende äußerlich, die zu dieser Zeit nur auf die Stimme der Hebamme eingestellt ist. Er bekommt trotz intensiver Versuche keinen Rapport mit der Kreissenden. Hingegen ist der Rapport mit der diensttuenden Hebamme ein vollkommener. Keinerlei Schmerzäußerung selbst bei brüsker äußerer Untersuchung.

5,45 h Die Kreißende läßt spontan Urin; es zeichnet.

16,30 h Injektion von 1 ccm Pitujektol, wegen Wehenschwäche. Daraufhin werden die Wehen öfters und stärker, im Intervall von 3—5 Minuten. Dabei leichte notorische Unruhe der Kreissenden. Jedoch keinerlei Schmerzäußerung. Kindliche Herztöne 140.

Es wird der Versuch gemacht, durch energische Suggestionen die Wehenpausen zu verkürzen und die Wehendauer zu verlängern. Der Versuch scheint auf einige Zeit zu gelingen.

17,15 h Rektale Untersuchung durch Dr. Flaskamp: Scheidenabsonderung leicht blutig, innerer M. M. kleinhandtellergroß, M. M.-Rand leicht wulstig, Blase steht, vorliegender Teil noch nicht völlig in Beckenmitte, Fontanellenbefund unverädert.

17,20 h Injektion eines weiteren 1 ccm Pitujektol.

17,48 h Blasensprung; Abgang von reichlich klarem Fruchtwasser.

19,45 h Einsetzen von Preßwehen; Herztöne 136. Die Kreissende preßt im hypnotischen Tiefschlaf kräftig mit und befolgt prompt die ihr von den „eingestellten Personen" gegebenen Anordnungen. Sie ist somit ganz in der Hand der dienstuenden Hebamme. Selbst bei starken Preßwehen keinerlei Schmerzäußerung.

20,45 h Kopf unter mäßigen Preßwehen im Einschneiden,

21,10 h Kopf im Durchschneiden; keinerlei Schmerzäußerung.

21,15 h ist die Geburt eines lebenskräftigen Knaben aus zweiter H. H. L. im hypnotischen Geburtsdämmerschlaf volendet. Uterus gut kontrahiert; 2 ccm Pituglandol intramuskulär.

21,25 h folgt die Plazenta spontan. 2 ccm Ergotin.

Die Wöchnerin wird nunmehr frisch gelagert und das inzwischen fertiggemachte Kind herbeigeholt. Unter Suggerierung vollkommenen Wohlbefindens wird die Wöchnerin erweckt und ihr der von ihr geborene Knabe gezeigt. Frau S. ist vollkommen überrascht, schon geboren zu haben, und äußert dies mit den Worten: „Ia, ist es denn wirklich wahr?" Selbst auf eindringliches Befragen seitens anderer Personen kann sie sich auf keinerlei Vorgänge in der Geburt oder an irgendwelche Geburtsschmerzen erinnern; sie weiß nur, daß sie um 2,15 nachts den Kreissaal mit Wehen betreten hat und ins Kreißbett gelegt worden ist. Die Wöchnerin bekommt eine Tasse warme Milch und wird umgebettet. Sie wird dann wieder eingeschläfert mit der Suggestion, erst am anderen Morgen zu erwachen, wenn der suggerierende Arzt sie aufwecken sollte.

Frau S. hat also über 19 Stunden lang geschlafen und ist von keiner noch so starken Wehe erweckt worden. Für diese psychisch außerordentlich labile Frau, die unter äußerst schlechten wirtschaftlichen und häuslichen Verhältnissen litt, und uns von dem ihren Ehemann behandelnden Nervenarzte, mit der Bitte überschickt worden war, ihr eine möglichst schonende Entbindung zuteil werden zu lassen, wäre sicher die Entbindung ohne den hypnotischen Geburtsdämmerschlaf ein psychisches Trauma gewesen, von dem sie sich nur schwer erholt hätte.

14. 11. 28.

7,00 h wird die Wöchnerin von dem hypnotisierenden Arzt unter Suggestion vollkommenen Wohlbefindens geweckt, bekommt ihre Morgenmilch und wird um

8,00 h von Herrn Prof. Wintz in wachem Zustande demonstriert. Bei der durch Prof. Wintz vorgenommenen eingehenden Katamnese ergibt sich, daß die Wöchnerin tatsächlich ohne jede Erinnerung an den Geburtsvorgang und die Geburtsschmerzen ist. Sie hat lediglich die beseligende Erinnerung, daß ihr am Vorabend der von ihr geborene Knabe gezeigt worden ist und daß sie mit der Erinnerung an dieses Bild in den hypnotischen Nachtschlaf hinübergeschlummert ist.

15. 11. 28. Bei der Abendvisite äußert Frau S. in fröhlicher Stimmung den Wunsch, schon jetzt aufzustehen, Man hat tatsächlich den Eindruck, daß die

nicht sehr kräftige und psychisch sehr labile Frau durch die Entbindung im hypnotischen Geburtsdämmerschlaf außerordentlich geschont wurde.

23. 11. 28 Frau Sandhöfer wird nach vollkommen ungestörten fieberfreiem Wochenbett entlassen. Vor der Entlassung findet noch eine Abschlußhypnose statt, in welcher der Wöchnerin suggeriert wird, daß wenn sie aus der Hypnose erwacht sei, sie nie wieder von einem Menschen hypnotisiert werden könne, es sei denn, in Krankheitsfällen oder bei weiteren Entbindungen durch einen Arzt. Zur Kontrolle, ob diese Abreaktion gelungen ist, wird ihr die posthpnotische Terminsuggestion gegeben, am Mittwoch, den 28. 11. 28, dem sie hypnotisierenden Arzt einen Brief mit einem Bericht über ihr und ihres Kindes Befinden zu senden.

Diese posthypnotische Suggestion wurde nicht realisiert, ein Zeichen also dafür, daß die Abreaktion gelungen war.

IV.

Personalien: M., Paula, Fürsorgezögling, 20 Jahre. Eintritt in die Klinik als Hausschwangere am 3. Oktober 28.

Familienanamnese: Vater 1923 ertrunken. Mutter und 4 Geschwister leben gesund.

Eigene Anamnese: Mit 9 Jahren Lungenentzündung, sonst angeblich nie krank gewesen. Termin des Laufenlernens unbekannt.

Erste Regel mit 12 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen 4—7 Tage Dauer, starke Blutung, ohne Beschwerden.

Erste Schwangerschaft: Kein Abort.

Letzte Regel unbekannt.

Tag der Empfängnis: angeblich 16. Februar.

Erste Kindsbewegung Juli?

Mutmaßliche Niederkunft 23. 11.?

Verlauf der Schwangerschaft: Im ersten Vierteljahr 2—3mal täglich starkes Erbrechen. Seit 4 Monaten Kreuzschmerzen, sonst o. B.

Schwangerschaftsbefund: guter Ernährungszustand, kräftige Muskulatur und Knochensystem. Rechtsseitige Skoliose der Brustwirbelsäule, kompensierende linksseitige Ausbiegung der Lendenwirbelsäule. Geringe Pigmentation der linea alba, sehr wenig Striae, keine Varizen, keine Ödeme.

Herz: o. B., Lunge: o. B.
Leber und Milz: nicht tastbar.

Nierengegend: nicht druckempfindlich.
Puls 80, gut gespannt und gefüllt.

Blutdruck 120 mm Hg. nach RR.

Beckenmaße: Sp. J. 25,5,
Cr. J. 28,5,
Tr. 32,
Conj. ext. 21,5.

Brüste: hängend, mittelgroß, mäßiger Drüsen-, reichlicher Fettgehalt, Warzenhof stark pigmentiert, 5-Markstück groß. Warze ziemlich flach. Die Brüste entleeren auf Druck Kolostrum.

Leib: halbkugelig, Fund. uteri 4 Querf. und R. B. Kleine Teile rechts, Rücken links. Kopf beweglich über dem Becken.
Herztöne links am Nabel.
Leibesumfang 98, Nabelhöhe 18, Fundushöhe:
a) Bandmaß 38,
b) Tasterzirkel 24,5.

Beckenmaße: Sp. J. 25,5,
Cr. J. 28,5,
Tr. 32,
Conj. ext. 21.

Entfernung zwischen Symph. u. Proz. xyph. 42.
Beckenumfang 95,5.
Schenkelumfang 47.

Schwangerschaftsdiagnose: graviditas mens IX. Erste Schädellage. Kind lebt.

Behandlung in der Schwangerschaft: Vorbereitung zum hypnotischen Geburtsdämmerschlaf.

27. 10. 28.

1. Sitzung. Die Schwangere ist sehr ängstlich und fragt den hypnotisierenden Arzt vor Beginn der Hypnose, ob man bei ihr auch in den Arm stechen würde, wie man es bei Frau S. getan habe. Sie wird hierüber beruhigt und wird über die Brücke einer in hypnotischen Schlaf versetzten anderen Patientin sofort in Tiefschlaf gebracht. Der Rapport mit ihr ist ein vollkommener; nach zirka 12 Minuten wird sie aufgeweckt und eine genaue Katamnese erhoben. Diese ergibt, daß der Schlaf schon ein amnestischer war. Nach kurzer Pause wird eine 2. Hypnose angeschlossen. Diesmal ohne die Brücke der vorhypnotisierten anderen Patientin. Auch diesesmal wieder amnestischer Tiefschlaf. Gesamtdauer der Sitzung 45 Minuten.

31. 10. 28.
2. Sitzung. Die Schwangere wird in Tiefschlaf gebracht und durch Suggestion bei ihr eine Analgesie und schlaffe Lähmung des rechten Armes erzeugt. Durchstoßen des Armes mit einer Nadel ohne jede Schmerzäußerung seitens der Schlafenden. Eine einfache posthypnotische Suggestion wird prompt realisiert. Dauer der Sitzung 22 Minuten.

3. 11. 28.
3. Sitzung wie oben; Einhämmern der posthypnotischen Suggestion für den Geburtsverlauf, in derselben Weise, wie bei Frau S.

6. 11. 28.
4. Sitzung wie 3. Realisation einer schwierigen posthypnotischen Suggestion.

12. 11. 28.
5. Sitzung. Demonstration vor Oberarzt Dr. Dyroff. Es wird in Wachsuggestion ein kataleptischer Zustand des rechten Armes erzeugt und von diesem direkt in Schlafhypnose übergegangen. Die suggerierte Analgesie der gesamten Genitalregion wird prompt realisiert. So wird an der Vulva bei Kneifen mit einem scharfen Schieber überhaupt nichts empfunden. Einstellung auf die Stimme des hypnotisierenden Arztes und der diensttuenden Hebamme. Die Schwangere reagiert nur auf diese Stimmen; andere bekommen, trotz intensiven Versuches, keinen Rapport mit ihr. Nach dem Aufwecken Realisierung einer posthypnotischen Termin-Suggestion. Dauer der Sitzung 40 Minuten.

15. 11. 28.
6. Sitzung wie 5. Sitzung, doch ohne Terminsuggestion.

17. 11. 28.
7. Sitzung wie oben, Realisierung einer schwierigen Terminsuggestion.

19. 11. 28.
8. Sitzung
21. 11. 28.
9. Sitzung
} beide wie oben.

Geburtsverlauf.

24. 11. 28.
12 h Wehenbeginn. Die Wehen werden jedoch von der Kreißenden, die, wie sie angibt, sich den Magen verdorben hat, für Magenkrämpfe gehalten, sodaß sie erst um

18,30 h sich mit Wehen auf den Kreißsaal meldet. Da im Kreißsaal eine operative Entbindung vorbereitet wird, und alle verfügbaren Kräfte des Personals hierzu gebraucht werden, bekommt die Kreissende von einer Schülerin einen Einlauf und wird (ohne Stehbad) in ein Kreißbett gelegt, das in den Vorraum des Kreißsaales geschoben worden ist, um der Kreißenden den Anblick der im Kreißsaal stattfindenden Operation zu ersparen. Zweimalige Versuche, die Kreissende durch Hypnose in Schlaf zu bringen, scheitern, da die Intensität der Wehen schon allzustark ist, und die Kreissende durch die geschlossene Flügeltür zum Kreissaal die Vorbereitungen und den Gang der dort stattfindenden operativen Entbindung verfolgen kann, indem sie im Vorraum jedes Stöhnen der Kreissenden und das Klirren der Instrumente hört. Außerdem muß der hypnotisierende Arzt sich an der im Kreissaal stattfindenden Entbindung als Narkoseur beteiligen und hat so vorerst keine Zeit, sich um M. zu bekümmern.

20,30 h erfolgt ein Versuch, die M. mit Hilfe einer Kombination aus 15 g Hypnotikum I und 15 g Hypnotikum II (nach Prof. Kaufmann, Halle) in hypnotischen Schlaf zu versetzen. Dieses scheitert jedoch auch an der Intensität der Wehen und an der Unmöglichkeit, die Kreißende in einen ruhigeren Raum zu bringen, in dem sie nicht jedes Geräusch aus dem Kreissaale, der nunmehr nach der beendeten Operation gesäubert wird, hört. Die Schmerzäußerung auf die Wehentätigkeit ist eine außerordentlich heftige. Sie schreit selbst bei kleineren Wehen laut auf und bittet den hypnotisierenden Arzt mehrfach, sie doch in Schlaf zu bringen, sodaß sie nichts spüre. Da die Realisierung der in einer Vorbereitungszeit für den hypnotischen Dämmerschlaf gegebenen Suggestionen an äußeren Gründen gescheitert war, so wird von einem weiteren Versuch, den hypnotischen Geburtsdämmerschlaf bei ihr durchzuführen, abgesehen.

25. 11. 28.

0,40 h erfolgte die Geburt eines lebenskräftigen Knaben aus II. Hinterhauptslage.

Während der ganzen Dauer der Geburtsperiode war die Schmerzäußerung der Kreissenden auf die Wehentätigkeit eine außerordentlich heftige. Bei jeder, auch der geringsten Wehe, warf sich die Kreissende laut schreiend und wimmernd im Bett herum. Rückblickend wäre zu sagen, daß dieser Versager der Hypnose nach unserer Ansicht hauptsächlich aus Folgendem zu erklären ist:

Auch dieser Kreissenden ist in der Vorbereitungszeit für die Geburt wörtlich eingehämmert worden:

„Wenn Sie die ersten Wehen bekommen, werden Sie sich sofort im Kreissaal bei Frau Wieser oder Frl. Schmidt melden. Sie bekommen dann Ihren Einlauf und Ihr Stehbad und werden im Kreissaal ins Bett gelegt. Sobald Sie im Kreissaal liegen, werden Sie auch ohne daß ich anwesend bin, tief und fest einschlafen. Sobald Sie schlafen, werden Sie die Wehenschmerzen nur als geringes Ziehen im Kreuz spüren. Sie werden während der ganzen Dauer der Geburt schlafen und werden nur auf meine Stimme und auf die Stimme von Frau Wieser und Frl. Schmidt hören."

So waren die Bedingungen für das Gelingen des hypnotischen Geburtsdämmerschlafes schon von vornherein festgelegt: und zwar sollte sich die Kreissende, sobald sie die ersten Wehen verspürte, melden. Da sie jedoch die ersten Wehen stundenlang für Magenkrämpfe gehalten hatte, so war mithin der Zeitpunkt des Beginns der Hypnose, der ihr in der Vorbereitungszeit angegeben war, schon verstrichen. Zweitens bekam sie nur einen Einlauf und nicht auch ein Stehbad. Drittens wurde sie nicht im Kreissaal, sondern im Vorraum zum Kreissaal ins Bett gelegt und erst um 22,30 Minuten, nachdem der Kreissaal wieder gesäubert war, mit ihrem Bett in den Kreissaal gefahren. Das Nichtvorhandensein dieser ihr in Hypnose so oft diktierten Bedingungen, schuf schon eine Gegensuggestion, die sich einer weiteren hypnotischen Behandlung (auch in Form der Kaufmann'schen Narko-Hypnose) entgegenstellte. Dazu kam die Intensität der Wehen, und daß der hypnotisierende Arzt sich um die Kreißende in der ersten Zeit kaum bekümmern konnte, da er im Kreißsaal dringend gebraucht wurde. Dieser Fall trägt zu der Erkenntnis bei, daß der hypnotische Geburtsdämmerschlaf wohl nicht die Methode für den Arzt in der Außenpraxis ist, wenn schon in einem Kliniksbetrieb, der stets auf die gleichen Bedingungen eingestellt ist, eine durch unberechnete Zufälligkeiten hervorgerufene Änderung der suggestiven Bedingungen genügt, um das Gelingen des hypnotischen Geburtsdämmerschlafes zu vereiteln. Wir hatten den Eindruck, daß die außerordentlich heftige Reaktion der Kreissenden auf die Wehentätigkeit beeinflußt war von der enttäuschten Hoffnung auf eine schmerzlose Entbindung.

Bei einer solchen Geburt im hypnotischen Geburtsdämmerschlafe drängt sich einem, wenn bei einer Wehe die Kreissende stöhnt, unwillkürlich die Frage auf, ob die Kreissende während des Wehenablaufes wirklich analgetisch gewesen ist, oder ob die durch die Hypnose erzeugte Amnesie lediglich die Schmerzlosigkeit der Geburt behaupten läßt. Schultze-Rhonhof hat hierüber verschiedene Versuche angestellt, um soweit wie möglich Klarheit über diese Frage zu erhalten. Er machte dabei folgende 5 Versuchsreihen:

1. In der Vorbereitung werden Amnesie und Anaesthesie suggeriert und erzielt. Unter der Geburt gab er die gleichen Suggestionen, und es bestand auch während der Wehen Anaesthesie der Haut für tiefe Nadelstiche. Nach dem Erwachen gaben die Frauen an, schmerzfrei gewesen zu sein, sie konnten sich überhaupt auf nichts besinnen.
2. Sowohl vorbereitete wie nicht vorbereitete Schwangere ließ er ohne hypnotischen Schlaf gebären, schläferte sie aber p o s t p a r t u m ein und suggerierte Amnesie für die ganze Geburt. Es bestand vollständige Erinnerungslosigkeit für die Schmerzen und jegliches Geburtsgeschehen.
3. Setzte er in der Vorbehandlung nur Anaesthesie, nie Amnesie. Ebenso suggerierte er während des Geburtsdämmerschlafes nur Schmerzlosigkeit, die auch hier stets für tiefe Nadelstiche bestand. Auch post partum wurde keine Amnesie gesetzt. Doch wieder das gleiche Ergebnis wie bei den Versuchen 1 und 2: Vollständige Anekphorie, nicht nur für Schmerzempfindung, sondern für die ganze Geburt. Nur eine Kreissende machte nach Beendigung des Geburtsaktes spontan folgende Aussage: „Ich habe deutlich die Wehen kommen fühlen, habe mir auch überlegt, daß ich doch Schmerzen haben müßte, und habe doch keine Schmerzen gespürt."

   Schultze-Rhonhof bemerkt dabei, daß diese Patientin sicherlich keine Simulantin gewesen ist.
4. Ausgehend von der Tatsache, daß man in Hypnose Erinnerungsbilder, die der wache Mensch „scheinbar" vergessen hat, wieder ekphorieren kann, hypnotisierte er mehrere Wöchnerinnen einige Tage nach der Geburt abermals. Und zwar sowohl solche Frauen, die erst post partum eingeschläfert und vollkommen anekphorisch gemacht worden waren. Er suggerierte diesen Patientinnen, daß sie sich nunmehr wieder aller Vorgänge während des Geburtsaktes erinnern könnten. Eine Frau der ersten Gruppe konnte sich auch in der Hypnose auf nichts besinnen. Andere, der gleichen Gruppe zugehörige, behaupteten aber trotzdem die Schmerzlosigkeit derselben. Bei den Frauen der zweiten Kategorie erzielte er stets die Erinnerung an Wehen und Wehenschmerz.

   Nach dem Befragen suggerierte er den Wöchnerinnen wieder Amnesie, die dann auch nach dem Erwachen lückenlos bestand.
5. Bei einer hypnotisch Vorbereiteten I para, die, ehe sie unter der Geburt suggestiv behandelt wurde, über starke Kreuzschmerzen klagte und bei jeder Wehe laut stöhnte, erzeugte er im Wachzustand Anaesthesie und erklärte ihr, daß sie die Wehen nur noch als einen leichten Druck empfinden werde. Schlagartig waren die Kreuzschmerzen verschwunden und es wurde bei objektiv festgestellter guter Wehentätigkeit anderthalb Stunden lang vollständige Schmerzlosigkeit ange-

geben. Nach dieser Zeit wurden jedoch die Wehen wieder als schmerzhaft empfunden, die vorher auch in den Wehenpausen bestehenden Kreuzschmerzen traten jedoch nicht mehr in Erscheinung. Schultze-Rhonhof hatte jedoch deutlich den Eindruck, daß auch jetzt noch der Wehenschmerz bedeutend herabgesetzt worden sei. Um diese Annahme nachzuprüfen, wurde die Anaesthesie desuggeriert, was sofort größere Unruhen, lauteres Stöhnen und entsprechende subjektive Angaben zur Folge hatte.

Nach diesen Versuchsreihen 1—3 könnte man der Annahme sein, daß die Amnesie allein der wirksame Faktor bei dem hypnotischen Geburtsdämmerschlaf sei, dem widerspricht jedoch, daß man eine Anaesthesie auch in Wachsuggestion und — wie aus unserem Geburtsbericht über die Entbindung der Anna G. hervorgeht — auch in den leichteren Graden der Hypnose, in denen keine Amnesie besteht, erzeugen kann. Auch die Schmerzlosigkeit chirurgischer Eingriffe in Hypnose beweist zur Genüge das objektive Vorhandensein einer Anaesthesie. Forel sagt in seinem Buche: „Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psycho-Therapie" über die Möglichkeit der Anwendung der hypnotischen Analgesie folgendes: „Wenn es gelingt, die Anaesthesie ordentlich zu suggerieren, so sind schmerzlose chirurgische Operationen, wenn sie nicht gar zu lange dauern, an sich in der Hypnose stets möglich."

Kirstein (Marburg) hat dieselben Versuche gemacht, wie Schultze-Rhonhoff und mit demselben unentschiedenen Resultate. Seiner Ansicht, daß es eine Analgesie ohne Amnesie in der Hypnose schon aus rein technischen Gründen nicht gäbe, und daß die Amnesie wie ein Schatten neben der Anaesthesie stehe, können wir uns jedoch nicht anschließen. Auf Grund der oben erläuterten Erwägungen über die Möglichkeit chirurgischer Operationen in Wachsuggestion und Hypnose und, gestützt auf den zitierten Geburtsbericht der Anna G., bei welcher Entbindung während der Anwesenheit des suggerierenden Arztes im Kreißsaal eine vollständige Analgesie der Geburtswege in hypnotischer Katalepsie bestand, die Gebärende also nicht amnestisch war, möchten wir behaupten, daß es eine hypnotische Anaesthesie ohne Amnesie wohl gibt.

Ein viel weiteres Anwendungsgebiet als in der Geburtshilfe ist der Hypnose und Suggestion in der Gynäkologie gegeben. Ausgehend von der oben zitierten Ansicht, daß 40 Prozent aller sogenannten „Frauenleiden" psychogen überlagert sind, bietet Hypnose und Suggestion oft neben lokalen therapeuthischen Maßnahmen ein äußerst dankbares Hilfsmittel für die gynäkologische Therapie.

Liegener (Breslau) teilt im Zentralblatt für Gynäkologie 1922 Nr. 3 seine Erfahrungen mit der Suggestivbehandlung in der

Frauenheilkunde mit. Auch er findet ein dankbares Feld der Betätigung der Methode in der Hyperemesis, gravidarum. Auch Falk (Kassel) hat mit der Hypnosebehandlung in der Hyperemesis gravidarum gute Erfolge erzielt und im Zentralblatt für Gynäkologie 1922 Nr. 17 darüber berichtet.

Wir konnten diese Erfahrungen um einen weiteren schönen Fall bereichern, dessen Krankengeschichte wir hier folgen lassen.

Margarete M., 23 Jahre alt.

Familien- und eigene Anamnese: o. B.

I. Partus: 1925, nach ungestörter Gravidität.
Kind lebt, ist gesund.

Aborte: —.

Jetzige Beschwerden: Seit vier Wochen erbricht die Patientin jegliche Speisen und Getränke, starke Abmagerung. Stuhl angehalten. Aufnahme in die Klinik, 28. 9. 28. Aufnahmegewicht 104 Pfd.

Befund: Mittelgroße, stark abgemagerte Patientin.
Urinbefund: o. B.
Gebiß in Ordnung. Zunge rein, feucht.
Diffuse Stuma parenchymatosa. Keine Oedeme.
Lunge: o. B.
Herz: Grenzen nicht vergrößert. Aktion beschleunigt, erregt, leises, kurzes, systolisches (anaemisches) Geräusch.
Brüste: hängend, mittlerer Fett- und Drüsengehalt. Kein Kolostrum.
Bauchdecken: weich, gut eindrückbar.
Magen, Leber und Milz: o. B.
Nierengegend nicht druckempfindlich.
Uterus: Portio sieht nach hinten, äußerer MM für Fingerkuppe eingängig, quer, grübchenförmig, Cervicalkanal geschlossen. Uterus anteflektiert. Beweglich, weich, elastisch. Adnexe, Parametrien und Douglas frei, Rektum leer.

Diagonose: Graviditas mens VI. Hyperemesis gravidarum.

Therapie: Vom 28. 9. 28 bis 9. 10. 28 erfolglose Behandlung mit Nautisan-Suppositorien, später Vasana und Atropin, sowie Diät. Keinerlei Besserung, erbricht alle Mahlzeiten.

9. 10. 28. Das Körpergewicht ist nunmehr auf 94 Pfund abgesunken. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wird erwogen, dann aber vorerst davon Abstand genommen und auf Anregung des Verfassers ein Versuch mit der Hypnosebehandlung gemacht.

10. 10. 28.
1. Sitzung
abds. 7,00 h Es gelingt sofort, die Patientin in amnestischen Tiefschlaf zu bringen, wo ihr suggeriert wird, daß sie am anderen Tage verschiedene Speisen und Getränke, die ihr angegeben werden, genießen und bei sich behalten wird. Die Patientin fühlt sich nach der Hypnose sehr wohl, auch guter Nachtschlaf.

11. 10. 28. Patientin hat sämtliche ihr gereichten Speisen und Getränke genossen und bei sich behalten; nur der ihr gereichte Morgenkaffee wurde von ihr erbrochen. Und zwar aus folgendem, einleuchtendem Grunde:

Es war ihr suggeriert worden, daß sie als erste Morgenmahlzeit eine Tasse Milch bekommen sollte. Statt dessen bekam sie, infolge eines Irrtums der Schwester, eine Tasse Kaffee, die sie natürlich prompt ausbrach.

2. Sitzung.
12. 10. 28.
nachm. Die Patientin ißt nach weiterer Hypnosebehandlung mit gutem Appetit, ohne irgend welches Erbrechen. Die Portionen der allgemeinen Mahlzeiten genügen ihr nicht mehr, so daß an diesem Morgen der Stationsarzt eine halbe Stunde vor dem zweiten Frühstück, da die Patientin über starken Hunger klagt, aus dem Ärztekasino ein großes Käsebrot holt, das die Patientin mit gutem Appetit vertilgt. Eine Viertelstunde später verzehrt sie mit ebenso großem Hunger ihr zweites Frühstück. Starke Besserung des Allgemeinbefindens.

16. 10. 28. Überraschende Zunahme des Appetits, der Kräfte und des Lebensmutes. Nach weiterer Behandlung keinerlei Erbrechen mehr. Patientin ist aus einem verzweifelten, hinfälligen und bedauernswerten Geschöpf ein freier, lebensfroher Mensch geworden, der die schwere Bürde der zweiten unehelichen Mutterschaft, bereit ist, zu tragen.

Gewicht 99 Pfund. Zur weiteren Heilung 14 Tage Schonung, unter weiterer Beobachtung der Klinik bezüglich des Körpergewichtes und des Allgemeinbefindens entlassen.

29. 11. 28. Die Patientin stellt sich heute wieder vor. Die Nachwägung des Körpergewichts ergibt 116 Pfund. Sie erklärt, nie mehr erbrochen zu haben, und sich außerordentlich wohl zu befinden. Tatsächlich ist das Aussehen der Patientin ein vorzügliches.

Auch in diesem Fall von Hyperemesis gravidarum war der Zusammenhang zwischen psychischem Erlebnis und Erkrankung, auf den ja auch Liegener in seiner Abhandlung hinweist, ein unverkennbarer. Die Mutter der Patientin ahnte von der zweiten Schwangerschaft ihrer Tochter noch nichts und erst als ärztlicherseits die Mutter darüber aufgeklärt und die Tochter sich die Verzeihung ihrer Mutter eingeholt hatte, wich der schwere psychische Druck von ihr und die Hypnosebehandlung konnte, ohne irgendwelche Gegensuggestion, ihren vollen Erfolg entfalten.

Ein weiterer Fall von Hyperemesis gravidarum, bei dem Herr Dr. Welsch unserer Klinik den Versuch einer Hypnosebehandlung machte, zeitigte keinen Erfolg. Wohl gelang es, die Patientin in amnestischen Tiefschlaf zu bringen, doch wirkten die erhaltenen Suggestionen nur jeweils für einige Stunden. Dann trat das Erbrechen erneut wieder auf. Auch ein Versuch, die Suggestionen durch Leitung eines Hochfrequenzstromes, mittels des Radioluxapparates, auf die Magengegend wirksamer zu gestalten, hatte keinen anderen Erfolg. In diesem Falle war darum die Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig.

Anschließend möchte ich über zwei Versuche berichten, kleine gynäkologische Eingriffe, nämlich Abrasionen, in Hypnose schmerzlos zu gestalten.

Frau Frieda B., 30 Jahre alt.

Diagnose: Abortus incompl.

Familien- und eigene Anamnese: o. B.

I. Partus: 1926, nach normaler Schwangerschaft. Kind lebt gesund.

Jetzige Beschwerden: Letzte regelmäßige Periode am 25. 8. Am 25. September trat die bisher immer regelmäßige Periode nicht auf den Termin ein. Dagegen stellte sich am 3. Oktober eine zunächst schwächere Blutung ein, die am 5. Oktober stärker wurde und zum Abgang von Klumpen führte. Keine Schmerzen.

Befund: Blasse Frau in geschwächtem Allgemeinzustand. Wird tamponiert eingeliefert.

Herz und Lungen: o. B.

Puls: etwas beschleunigt, ziemlich gut gefüllt und gespannt.

Brüste: Warzenhöfe stark pigmentiert.

Leib: weich, eindrückbar.

Vulva: o. B. (die Tamponade wird entfernt).

Vagina: z. Zt. keine Blutung.

Uterus: Cervicalkanal für Fingerkuppe eingängig. Uterus fast faustgroß. Adnexe, Parametrien und Douglas frei.

13. 10. 28. Es soll ein Versuch gemacht werden, die Abrasio in hypnotischer Analgesie durchzuführen.

Die Patientin wird deshalb von dem suggerierenden Arzt, nachdem sie über Zweck und Ziel der Behandlung aufgeklärt ist, in ihrem Zimmer vorbereitend hypnotisiert. Es ist jedoch nur Katalepsie zu erreichen. Aufwecken! Nach einer halben Stunde erfolgt eine zweite Hypnose, die nur unter sehr großen Schwierigkeiten bis zum Stadium der Katalepsie gelingt, da die Patientin, je näher die Stunde der angesetzten Operation kommt, um so aufgeregter wird.

12,30 h mittags Abrasio (Operateur Prof. Wintz).

Nachdem die Patientin auf den Operationsstuhl bis zum Tiefenstadium der Katalepsie hypnotisiert worden ist, wird mit der Operation begonnen.

Die Dilatation ist bis Hegar Nr. 7 vollkommen schmerzlos. Sodann von Hegar 7 bis Hegar 14 so starke Schmerzreaktion, daß zur Narkose übergegangen werden muß, in der die Operation beendet wird.

20. 10. 28. Wohlbefinden und Entlassung.

Die von dem Stationsarzt erhobene Katamnese ergab, daß die Patientin nach anfänglicher Schmerzlosigkeit der Operation später ein starkes Schmerzgefühl gehabt habe. Zwar seien die Augenlider so bleiern schwer gewesen, daß sie sie nicht habe öffnen können, und die Glieder so schwer, daß sie sich nicht habe bewegen können. Sie sei jedoch über die ihr gänzlich unbekannte Schmerzbefreiung in Hypnose sehr aufgeregt gewesen.

Wir haben hier also einen Fall, den wir als Versager buchen müssen, und zwar, weil die,der recht intelligenten Patientin vollkommen unbekannte Art der Schmerzbefreiung durch Hypnose eine derartig starke Gegensuggestion in der Patientin schuf, daß einmal ein tieferer Grad der Hypnose, als eine Katalepsie, nicht zu erzielen war, und zum anderen die Gegensuggestion der Patientin eine derartig starke war, daß die gegebenen, schmerzbefreienden Suggestionen im Unterbewußtsein nicht haften bleiben und ihre volle Wirkung so nicht entfalten konnten.

Ja, es gelang nicht einmal, den bestehenden kataleptischen Zustand zu benutzen, um zu einer Hypno-Narkose zu kommen. Im Gegenteil hatten wir den Eindruck, daß der auf Äthergaben einsetzende Exzitationszustand der Narkose ein über das normale Maß hinausgehend heftiger, und der Verbrauch an Narkosematerial ein wesentlich größerer war, als bei der Patientin — die sicher keine Potatorin war — ohne diesen vergeblichen Versuch der Hypnose gewesen wäre.

Andererseits konnten wir uns dem Eindruck nicht verschließen, daß man bei der nervengesunden und sehr konzentrationsfähigen Patientin eine Analgesie in Hypnose, welche für den Gang der Operationen ausreichend gewesen wäre, hätte erzeugen können, wenn man der Patientin eine Vorbereitungszeit von mindestens 1—2 vorbereitenden Hypnosen, mit je 1—2-tägigem Zwischenraum, hätte angedeihen lassen können. Denn man hat bei der Anwendung der Hypnose als Analgetikum immer wieder den Eindruck, daß man der Psyche der Frau — zumal bei dem Begriff über Hypnose, der auch heutzutage immer noch in Laienköpfen spukt — Zeit lassen muß, sich auf dieses ihr gänzlich unbekannte, oder von den phantastischsten Begriffen umrahmte, Gebiet der Hypnose umzustellen. Außerdem sei bei dieser Gelegenheit bemerkt, daß wir bei unseren Versuchen immer wieder die Erfahrung gemacht haben, daß einzelne Patientinnen aus religiösen Bedenken eine Hypnosebehandlung ablehnten. Konnte doch selbst eine unserer Hebammen zu einer wirklich freudigen Mitarbeit an dem hypnotischen Geburtsdämmerschlaf erst kommen, nachdem ihr von Seiten ihres Seelsorgers die religiösen Bedenken zerstreut worden waren.

In einem anderen Fall einer Abrasio konnte dieselbe vollkommen schmerzfrei, sogar in posthypnotischer Suggestion, vorgenommen werden. Anschließend geben wir den Bericht.

Babette T., 20 Jahre, Hilfsarbeiterin.

Familien- und eigene Amnese: o. B.

Menarche mit 15 Jahren, von da stets regelmäßig 3—4 Tage, mittl. Blutverlust, ohne Beschwerden.

Geburten: —.

Aborte: —.

Jetzige Beschwerden: Patientin hatte vor 4 Wochen einen Abgang, Ausschabung durch den prakt. Arzt. Sie hätte aber trotzdem in geringem Maße weitergeblutet. Diese Blutung ist in den letzten Tagen stärker geworden. Über eine vorangegangene Amnorrhoe weiß die Patientin angeblich nicht auszusagen.

Befund: Kleine, schwächliche Person, etwas anämisch. Patientin macht einen stark verängstigenden Eindruck.

Herz und Lungen: o. B.

Brüste: mäßig entwickelt, sonst o. B.

Leib: mäßig weich, leicht druckempfindlich.

Vulva: geschlossen, starke Blutung.

Uterus: Portio: virgineller, schlanker Zapfen, etwas hinter der Mittellinie stehend. Uterus anteflektiert, mäßig vergrößert, etwas weich, beweglich, nicht druckempfindlich. Bei Massage des Uterus stärkerer Abgang von schwarzroten Blutmassen.

Diagnose: Abortus inkompl.
Therapie: Abrasio in hypnotischer Analgesie.

25. 10. 28. wird die Patientin stark blutend eingeliefert. Um $4^1/_2$ h nachmittags wird sie über die „Brücke" einer vorhypnotisierten Patientin zum ersten Male hypnotisiert. Sie ist dabei sehr ängstlich, es läßt sich jedoch schon nach kurzer Zeit amnestischer Tiefschlaf erzeugen, in welchem eine Anaesthesie der gesamten Genitalregion und des Uterus, die noch 10 Minuten nach dem Erwachen bestehen bleiben soll, erzeugt wird. Außerdem wird eine Simulationsprobe vorgenommen. Unter Suggerierung vollkommenen Wohlbefindens und 10-minütiger Anaesthesie der Genitalregion wird die Patientin nach ca. 20 Minuten wieder aufgeweckt, es wird ihr sodann durch Kneifen mit einem scharfen Schieber die bestehende Anaesthesie des Genitales demonstriert, um die — wie oben bemerkt — stark verängstigte Patientin von der Wirksamkeit der hypnotischen Analgesie zu überzeugen. Prompt nach 10 Minuten ist die Analgesie verschwunden und bei Nachprüfung die Patientin wieder voll empfindlich in der ganzen Regio genitales, was sie bei der Nachprüfung durch lebhafte Schmerzäußerung kundtut. Die Patientin wird darauf wieder in den Krankensaal verlegt.

Die Operation ist auf 18,30 h angesetzt.

18,20 h wird die Patientin in das bereits zur Operation fertig hergerichtete Untersuchungszimmer der gynäkologischen Station gebracht. Als sie auf den Stuhl gelegt wird, beginnt lie fassungslos zu schluchzen, so daß es einfach unmöglich ist, diese vor Angst zitternde Patientin in Schlaf zu suggerieren. Auf den ruhigen Zuspruch des suggerierenden Arztes hin erklärt sie, daß ihr von anderen Patientinnen Angst vor der Operation gemacht worden sei. Sie würde eine Narkose-Kappe aufgesetzt bekommen und nach der Operation starkes Erbrechen haben. Die Patientin wird hierüber beruhigt, es erscheint jedoch auch jetzt unmöglich, sie in dem ihr unbekannten, zu ihrer Operation hergerichteten Untersuchungszimmer hypnotisieren zu können. Sie wird deshalb wieder in den ihr bekannten Raum der Poliklinik gebracht und dort nochmals über die „Brücke" einer vorhypnotisierten Patientin nach kurzer Zeit in amnestischen Tiefschlaf hypnotisiert. Es wird ihr nun die posthypnotische Suggestion gegeben, daß, genau wie bei der Hypnose am Nachmittag, ihre gesamte Genital-

region schmerzfrei sein solle und zwar so lange, bis diese Schmerzfreiheit von dem hypnotisierenden Arzte wieder desuggeriert würde.

Sie werde in wachem Zustande, doch vollkommen schmerzfrei operiert werden. Die Patientin wird unter den üblichen Suggestionen aufgeweckt und die Schmerzfreiheit der Regio genitales in der üblichen Weise nachgeprüft. Es war ihr in der Hypnose ihre Aufregung und Angst vor der Operation mit vollem Erfolge desuggeriert worden. Die Patientin erhebt sich vom Untersuchungsdiwan und geht ruhig mit in das Untersuchungszimmer, wo sie auf den Tisch gelegt wird.

18,55 h beginnt die Operation.
(Operateur: Dr. Welsch).
Dilatation bis Hegar 11, ab Hegar 6 gegen ziemlichen Widerstand. Keinerlei Schmerzäußerung.
Sondenlänge 8.
Abrasio ohne Störung, wenig Abrasionsmaterial. Uteruswand ziemlich rauh.

19,10 h Schluß der Operation.
Während der ganzen Dauer der Operation lag die Patientin ruhig auf dem Operationstisch und erklärte auf Befragen immer wieder, nichts zu spüren.

Katamnese: (erhoben von Dr. Welsch und der Stationsschwester, jeweils unabhängig voneinander).
Patientin erklärt fröhlich, nicht das Geringste gespürt zu haben, fühlt sich sehr wohl, hat auch keinerlei Nachschmerzen. Die noch bestehende Analgesie der Regio genitalis wird von verschiedenen Personen nachgeprüft.

26. 10.28. Patientin hat gut geschlafen, fühlt sich sehr wohl. Die Analgesie der Regio genitalis besteht, da sie mit Absicht noch nicht wieder desuggeriert worden ist, immer noch und wird vom Stationsarzt und verschiedenen Ärzten des Hauses anläßlich der Morgenvisite nachgeprüft.

12 h mittags wird die Patientin in das Untersuchungszimmer der Station gebracht und ihr dort von dem hypnotisierenden Arzt die immer noch bestehende Anaesthesie der Genitalregion desuggeriert.

26. 11. 28. Patientin hat nicht mehr geblutet. Uterus gut zurückgebildet, Cervicalkanal geschlossen. Adnexe, Parametrien und Douglas frei. Mit 8 Tagen Schonung entlassen.

Vermerk des Stationsarztes im Krankenblatt: „Nachteilige Folgen der hypnotischen Behandlung konnten nicht festgestellt werden, im Gegenteil, die Patientin fühlte sich immer außerordentlich wohl, hatte nie Kopfschmerzen, aß und schlief gut.

Auch subjektiv keine unangenehmen Erinnerungen an die Hypnose."

Wir haben diese Krankengeschichte deshalb so eingehend referiert, weil sie zeigt, daß auch bei bestehenden Gegensuggestionen eine geschickte Ausnutzung der hypnotischen Technik und eines suggestiblen Milieus bei genügender Zeit und Geduld zum Erfolge führen kann. Für unsere Klinik haben wir aus diesem Fall jedoch die Lehre gezogen, daß wir nach vorbereitenden Hypnosen für gynäkologische Eingriffe die Patientinnen nicht wieder in den Krankensaal zurückverlegen, wo sie, infolge der laienhaften Anschauungen anderer Patientinnen, Gegensuggestionen empfangen, die geeignet sind, den ganzen Erfolg der mühevollen hypnotischen Vorbereitung in Frage zu setzen. Wir werden von jetzt ab solche Patientinnen nach der Vorbereitung bis zur Operation im hypnotischen Schlafe liegen lassen, oder sie nach der Vorbereitung in ein Zimmer allein legen,und ihnen in Hypnose das Verbot geben, mit irgend jemanden über die bei ihr angewandte Methode der Schmerzbefreiung zu reden, um so vor etwaigen Gegensuggestionen doppelt gesichert zu sein.

Angeregt durch die Erfolge, die der Verfasser im Jahre 1921 als Famulus in der Entbindungsanstalt in Kassel mit der hypnotischen Behandlung der Dysmenorrhoe durch Falk sah, (siehe Zentralbl. für Gynäkologie 1911, Nr. 17!) behandelten auch wir zwei ambulante Fälle von Dysmenorrhoe mit dieser Methode. Bei beiden Fällen waren neben den dysmenorrhoeischen noch andere und zwar nervöse Störungen vorhanden.

Eva-Maria K, 17 Jahre alt.

Familien- und eigene Anamnese: o. B.

Menarche mit 14 Jahren, meist unregelmäßig 4—5 Tage Dauer, mittl. Blutverlust. Einige Tage vor Beginn der Menses stets außerordentlich schmerzhafte Blasentraktionen. In den ersten beiden Tagen der Regel stets so starke Schmerzen, daß es der Patientin unmöglich war, außer Bett zu bleiben.

5malige hypnotische Behandlung innerhalb der letzten 12 Tage ante Menstruationen. Es wurde jedesmal nur Katalepsie erzielt. Die in den Sitzungen gegebenen Suggestionen bezogen sich auf die Schmerzhaftigkeit der Regel.

27. 10. 28. vollkommen schmerzfreie Menses. Die Patientin, die sonst zu diesen Zeiten zu Bett lag und sich vor Schmerzen krümmte, kommt auf dem Fahrrad in die Klinik gefahren, um Bericht zu erstatten. Auch die Blasenbeschwerden sind verschwunden.

Nach Abklingen der Menses einmalige hypnotische Nachbehandlung.

17. 11. 28. Patientin wird plötzlich von ihren Menses überrascht. Sie hat wieder einge Stunden lang heftige Schmerzen. Blasenbeschwerden sind jedoch weder vor noch während der Menses aufgetreten. Einige Tage später erkrankt Patientin an einer chronischen Appendicitis.

In diesem Falle trat also ein Rezidiv schon bei der nächsten, allerdings verfrühten Periode auf, nachdem die Menses einmal ohne Beschwerden abgelaufen war. Die Blasenbeschwerden blieben jedoch geheilt. Wie weit das aufgetretene Rezidiv mit den einige Tage später auftretenden Beschwerden der — vom Chirurgen schon festgestellten — „chron. Appendicitis" in Zusammenhang steht, möchten wir im Rahmen dieser Arbeit nicht untersuchen. Man hat der hypno-therapeutischen Behandlung der Dysmenorrhoe oft zum Einwand gemacht, daß Rezidive sehr leicht und sehr bald aufträten und zweitens, daß nur idiopathische Dysmenorrhoen mit Hypnose zu behandeln seien. (Raefler, Zentralbl. für Gynäkologie 1921, Nr. 36.) Diesen beiden Ansichten können wir uns jedoch nicht anschließen. 1922 hat der Verfasser unter der Anleitung Falks in der Entbindungsanstalt Kassel einige Fälle von Dysmenorrhoe aus seinem Bekanntenkreise einer hypno-therapeutischen Behandlung unterzogen, von denen in den abgelaufenen nahezu 8 Jahren kein einziger ein Rezidiv gezeigt hat. (Bemerkt muß werden, daß inzwischen auch keine der Patientinnen geheiratet und geboren hat). Der Behauptung, daß nur „idiopathische Dysmenorrhoen" mittels Hypnose zu behandeln seien, tritt Falk in seiner oben zitierten Abhandlung schon entgegen. Er hat aus der Privatpraxis seines Chefs wahllos 16 Fälle von Dysmenorrhoen mit Hypnose behandelt. 3 Patientinnen waren refraktär gegen die Hypnose geblieben. Von den übrigbleibenden 13 Patientinnen wurden 12 von ihren Beschwerden restlos befreit, während bei einer Patientin die Behandlung keinen Erfolg hatte. Und zwar war diese Patientin gerade „das beste Medium". Sie gehorchte den unglaublichsten Suggestionen und realisierte auch posthypnotisch jede gewünschte positive und negative Halluzination in Bezug auf alle Sinnesorgane. Nach Forel scheint jedoch gerade darin die Ursache des Mißerfolges zu liegen, da so stark suggestible Menschen sehr leicht einem jeden Einfluß unterliegen, so daß die bei ihnen rasch erzielten therapeutischen Erfolge ebenso rasch durch Gegensuggestionen wieder zerstört werden können.

Auch unser zweiter Fall von Dysmenorrhoe, den wir mit Hypnose behandelten, zeigte keine restlos befriedigenden Resultate.

Hier bestanden neben den dysmenorrhoeischen Beschwerden mancherlei andere Symptome, die nach eingehender — auch fachärztlicher — Untersuchung des Falles nur als nervöse Symptome gewertet werden konnten.

Marie O., 25 Jahre, Hausangestellte.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Anamnese: seit ihren frühesten Jungmädchenjahren litt die Patientin an anfallsweise auftretenden starken Kopfschmerzen, die sie zwangen, oft tagelang das Bett zu hüten. Die Kopfschmerzen traten oft jede Woche auf, standen in keinerlei Beziehung zum Menstruationszyklus. Die Patientin war in diesen Tagen der Kopfschmerzanfälle zu jeglicher Arbeit unfähig. 1920 Grippe mit starkem Nasenbluten. Seither, vor allem zu den Zeiten der Kopfschmerzenanfälle, des öfteren starkes Nasenbluten. 1925 Osteomyelitis.

Menarche mit 18 Jahren, von da an regelmäßig alle 4 Wochen. Die Menses waren stets von Schmerzen begleitet, die während der ganzen Dauer von 4—5 Tagen anhielten, sich aber erst in den letzten 2 Jahren bis zur Unerträglichkeit gesteigert haben. Blutverlust gering.

Befund: Kräftige, gut entwickelte Patientin, von sprunghaft nervösem Wesen. Innere Organe o. B.

Rhino-otologischer Befund: (erhoben in der hiesigen Hals-, Nasen- und Ohrenklinik.) Stirnhöhlen o. B.

Nase: an der Kieselbach'schen Stelle hinten beiderseits starke Schlängelung der Venen und Erweiterung. Ätzung dieser Stelle mit Trichloressigsäure. Keinerlei Anhaltspunkte für die Ätiologie der Kopfschmerzen.

Gynäkol. Befund: (in der Poliklinik unserer Klinik erhoben) o. B.

1. 11. 28. Beginn der hypnotischen Behandlung, die sich neben der Dysmenorrhoe und den Kopfschmerzen auch auf das Gebiet der allgemeinen Psycho-Therapie erstreckt. Seitens der Dienstherrschaft wurde nämlich gesagt, daß die Patientin in der letzten Zeit infolge Appetitlosigkeit an Gewicht abgenommen habe und infolge augenscheinlich allzutiefer Versenkung in ihre Krankheitssymptome von stark depressiver Stimmung und Arbeitsunlust sei.

Da es in den ersten drei Sitzungen nicht gelingt, in der Hypnose den Tiefengrad der Amnesie zu erreichen, und da die bereits mit Erfolg desugge-

rierten Kopfschmerzen aus den geringsten psychischen Anlässen immer wieder auftreten, um dann sogar auf Wachsuggestion, sofort wieder zu verschwinden, wird am

10. 11. 28. eine „Narko-Hypnose nach Kaufmann" eingeleitet. Die Patientin bekommt 15 ccm „Hypnotikum Kaufmann I" und 15 ccm „Hypnotikum Kaufmann II" gemischt per os. Nach 25 Minuten Einleitung der Hypnose, die bis zum Stadium der Amnesie führt. In dem 6stündigen narkohypnotischen Schlafe werden jeweils alle 20—30 Minuten die Heilsuggestionen gegeben.

12. 11. 28. Patientin menstruiert vom Abend an, ist schmerzfrei, nimmt aber aus Angst vor „etwa eintretenden" Schmerzen eine heiße Leibflasche mit ins Bett.

Diese Gegensuggestion löst prompt einen Schmerzanfall von vierstündiger Dauer aus. Als sie, auf energisches Zureden ihrer Dienstherrschaft hin, die Leibflasche entfernt, hören die Schmerzen sofort auf. (Es war ihr von ihrer Dienstherrschaft gesagt worden, daß gerade die Wärmflasche den Anfall ausgelöst habe.)

Im weiteren Verlauf dieser Menses keinerlei Beschwerden.

Die Patientin hat in ihrer Freude, daß nach ihrer Behandlung die Regel fast schmerzfrei war und die quälenden Kopfschmerzattacken überhaupt nicht mehr aufgetreten sind, entgegen dem Verbote, brieflich an ihre Eltern über die Behandlung berichtet, der Vater hatte den Apotheker ihres Heimatortes um seine Ansicht gefragt, dieser sich abfällig über diese Behandlungsmethode geäußert und behauptet, daß eine Arzneimittelbehandlung besseren Erfolg habe.

Das hatte zur Folge, daß die Patientin einen entrüsteten Brief ihrer Eltern bekam und daraufhin als erstes Kopfschmerzen und Nasenbluten wieder eintraten. Nach ruhiger Aufklärung seitens ihrer Dienstherrschaft und des behandelnden Arztes bat die Patientin um Fortsetzung der Hypnosetherapie. Es gelang sofort, die Kopfschmerzen wachsuggestiv zu beseitigen, das Nasenbluten hatte schon vorher aufgehört.

9. 12. 28. Hypnotische Behandlung. Es wurde nur Katalepsie erzeugt und die Heilsuggestion für die am 10. 12. 28 zu erwartenden Menstruation gegeben.

11. 12. 28. Einsetzen der Menses mit leichtem Ziehen im Leib, Kopfschmerzen, die sich zu einer Art Migräneanfall

mit Brechreiz entwickeln. Durch Bettruhe Nachlassen der Schmerzen. Bei dem Versuche, aufzustehen und ihre Hausarbeit zu verrichten, setzen die Kopfschmerzen wieder ein, so daß die Patientin wieder zu Bett muß.

Nachts von 1,30 bis 4 h noch einmal Leibschmerzen.

. 12. 28. Patientin ist beschwerdefrei aufgestanden, am Vormittag noch einmal kurz dauernde anfallsweise Leibschmerzen, die jedoch nicht so stark waren, als daß die Patientin — wie es früher der Fall war — ihrer Arbeit nicht hätte nachgehen können.

Von da an bis zum Schlusse der Regel beschwerdefrei.

Die Dienstherrschaft gibt an, daß seit Beginn der hypnotischen Behandlung die hastige, nervöse Art der Patientin geschwunden sei. Sie sei auch in ihrer Stimmung fröhlicher und, da sie von den quälenden Kopfschmerzen befreit sei, bedeutend arbeitsfreudiger. Der Appetit habe zugenommen. Seit Beginn der Behandlung (1. 11. 28) eine Gewichtszunahme von 3 kg.

Wir können also mit Recht annehmen, daß durch die Dis-editierung unserer Methode seitens des heimatlichen Apo-ekers in der Patientin Gegensuggestionen erstanden sind, elche einen vollen Erfolg, den wir nach der starken Besserung r Dysmenorrhoe am 12. 11. hätten erwarten können, verhin-rt haben.

Einen besseren Erfolg erzielten wir bei einer Patientin, elche im 7.—8. Monat gravide war und wegen Schwanger-haftsbeschwerden von uns hypnotisch behandelt wurde:

Elise B., 35 Jahre alt.

amilienanamnese: o. B.

igene Anamnese: war außer Grippe nie ernstlich krank.

ntbindungen oder Fehlgeburten:

I. Partus: im Januar 1926. Das Kind wurde vom Arzt entwickelt und war tot.

II. Partus: April 1927, Frühgeburt von $6^1/_2$ Monaten, vom Arzt entwickelt, war nicht lebensfähig.

etzige Beschwerden: Fühlt sich im 5. Monat schwanger. Letzte reguläre Periode im April, hat aber auch im Mai noch einmal starke Blutungen. Bis vor 3 Wochen trat alle 8—14 Tage eine Blutung auf, besonders nach Aufregungen. (Der Mann sei untreu, ein 16jähriges Mädchen bekomme von ihm ein Kind!) Schmerzen im Leib und in der Magengegend, zeitweilig starke Herzbeschwerden. Ist

nervös sehr stark erregbar. Opstipation. Wasserlassen o. B. Schlaf schlecht, oberflächlich. Appetit nur zeitweise gut.

Befund: Klein, kräftig gebaut. Vasomotorisch stark erregbar. Pupillen o. B. Reflexe lebhaft.
Herz: systolisches Geräusch an der Spitze.
Lungen: o. B.
Brüste: fett und drüsenreich, kein Kolostrum.
Leib: Uterus entsprechend einer Gravidität im 7.—8. Monat. Viel Fruchtwasser. Herztöne hörbar.
Vagina: enthält reichlich krümeliges Sekret.
Uterus: Cervicalkanal geschlossen. Portio zart, klein. Parametrien und Douglas frei.

Diagnose: Schwangerschaftsbeschwerden.

Therapie: Psycho-Therapie.

7. 11. 28.
1. Sitzung: Die Patientin wird über die Brücke einer anderen vorhypnotisierten Patientin bis zum Stadium der Katalepsie hypnotisiert. Zuerst nur Beruhigungssuggestionen und solche für den Nachtschlaf.
Nach dem Erwachen äußert die Patientin spontan den Wunsch, weiter so behandelt zu werden.

8. 11. 28.
2. Sitzung: Es gelingt, die Patientin amnestisch zu machen. Verstärkung der Suggestionen für den Nachtschlaf. Die Leibschmerzen werden ihr, als von den Bewegungen des Kindes herrührend gedeutet und deren Erträglichkeit suggeriert.
Sodann wird sie posthypnotisch auf Defäkation zu einer bestimmten Tagesstunde eingestellt.

9. 11. 28. Patientin schläft nunmehr nachts sehr gut, hat zu der bestimmten Stunde Stuhlgang gehabt. Die Intensität der Leibschmerzen ist abgeblaßt.

12. 11. 28. Patientin fühlt sich unter der hypnotischen Behandlung immer wohler.

15. 11. 28. Patientin hat gar keine Beschwerden mehr, sie ist sehr ruhig und zuversichtlich geworden, schläft gut und hat zu der in Hypnose bestimmten Stunde eines jeden Tages Stuhlgang. Es wird der Versuch gemacht, in Hypnose eine Anaesthesie des gesamten Unterleibes zu erzeugen. Dieser gelingt vollkommen.

17. 11. 28. Patientin wird nach Abreaktion vollkommen beschwerdefrei, mit dem Rate entlassen, zur Entbindung im „hypnotischen Geburtsdämmerschlaf" in die Klinik zu kommen.

Wir lassen einen weiteren psychotherapeutischen Fall folgen:

Margarete H., 25 Jahre alt.

Familien- und eigene Anamnese: o. B.
Innerer Befund: o. B.

2. 9. 28. Spontangeburt in der Klinik.

5. 9. 28. Temperatursteigerung, klagt über Schmerzen im linken Gesäß.

10. 9. 28. Wegen der gleichen Beschwerden und Temperatursteigerung auf 39 Grad, von der geburtshilflichen Abteilung auf Station C verlegt.

Untersuchung: Keine Thrombose an den Beinen nachweisbar. Umschriebener Druckschmerz in der Gegend der linken Artikulationsacroiliaca. Keine Schwellung. Keine Rötung. Ischiaticus-Druckpunkte frei. Die Blase ist fast bis zum Nabel gefüllt, der gut kontrahierte Uterus nach rechts abgedrängt.

Vom 10. 9. bis 22. 10. konservative Behandlung der Hüftgelenkbeschwerden mit wechselndem Erfolge. Es hatte sich gezeigt, daß die hohen Temperaturen der Patientin auf eine Infiltration der linken Brust zurückzuführen war, die unter Therapie bald zurückging.

26. 9. 28. wurde eine Röntgenaufnahme des linken Hüftgelenks gemacht, welche zeigte, daß das Gelenk vollkommen frei war.

Auch bei eingehender klinischer Prüfung war keine Veränderung feststellbar.

Da die Hüftgelenkbeschwerden trotz intensiver Therapie immer wieder auftreten, werden sie nunmehr als psychogen gedeutet und die Patientin einer Psycho-Therapie in Hypnose zugeführt.

23. 10. 28.

1. Sitzung: Es gelingt alsbald in der bei uns geübten Weise ein Amnesiestadium herbeizuführen.

Da die Patientin in den letzten Tagen auch über Blasenbeschwerden geklagt hatte, die ebenfalls einer jeden Behandlung trotzten, werden die in Hypnose gegebenen Heilsuggestionen neben der Behandlung der Hüftgelenksbeschwerden auch auf die Blasenbeschwreden ausgedehnt.

Nach dem Erwecken fühlt die Patientin sich völlig wohl und beschwerdefrei, marschiert, hüpft und stampft auf Befehl mit dem angeblich kranken Beine fest auf dem Erdboden.

24. 10. 28.
2. Sitzung: Patientin kann nunmehr völlig beschwerdefrei laufen, auch die Blasenbeschwerden sind verschwunden.

26. 10. 28. Patientin wird in völlig beschwerdefreiem Zustande in Hypnose abreagiert.

27. 10. 28. Beschwerdefrei entlassen. Am 30. 10. und 17. 11. stellt die Patientin sich jeweils wieder vor. Sie ist inzwischen vollkommen beschwerdefrei geblieben, hat weder Blasen- noch Hüftbeschwerden wieder bekommen. Sie erklärt dem Verfasser spontan, auch größeren Marschleistungen nunmehr wieder gewachsen zu sein.

So haben wir in vielen Fällen psychogener Beschwerden eine Heilung und weitgehende Besserung mit der hypno-therapeutischen Methode erzielen können. In anderen Fällen gynäkologischer Erkrankungen, die psychogen überlagert waren, war uns die Hypno-Therapie ein wertvolles Hilfsmittel neben causalen, therapeutischen Maßnahmen. Der Kürze halber lassen wir die Auszüge der Krankengeschichten hintereinander folgen:

I.

Lina B., 20 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater gesund, Mutter magenleidend. 5 gesunde Geschwister, eine Schwester längere Zeit in unserer Klinik wegen Amenorrhoe behandelt.

Eigene Anamnese: o. B.
Menarche mit 17 Jahren, Menses stets unregelmäßig.

Geburten und Aborte: 0.

Jetzige Beschwerden: Die Patientin hat schon 6 Monate keine Regel mehr gehabt, klagt über häufige Kopfschmerzen und nervöse Reizbarkeit. Stuhlgang hart, manchmal 4—5 Tage kein Stuhlgang.

Befund: Mittelgroße Patientin, gesunde Gesichtsfarbe.

Innerer Befund: o. B.

Gynäkologischer Befund: Etwas spärliche Schambehaarung, große Labien wenig, kleine Labien gut entwickelt.
Vagina: glatt, Portio klein, glatt, virginell.
Uterus: klein retroponiert und etwas nach links verlagert,
Adnexe: o. B.
Nach zunächst erfolgloser konservativer Behandlung:

7. 11. 28. Versuch der Suggestion in Hypnose.

1. Sitzung: Katalepsie. Die Kopfschmerzen werden weggesuggeriert.

18. 11. 28. Patientin war bis zum Nachmittag von Beschwerden frei, hatte guten Stuhlgang. Am Nachmittag traten wieder Kopfschmerzen ein. Abends

2. Sitzung: Wiederholung der Suggestionen gegen Kopfschmerzen, Verstopfung und Schlaflosigkeit.

Patientin wird weitere 14 Tage lang in zwei- bis dreitägigen Zwischenräumen mit Hypnose behandelt, um die causale Therapie zu unterstützen und die psychogenen Ueberlagerungen zum Verschwinden zu bringen.

23. 11. 28. wird nunmehr von der Hypno-Therapie Abstand genommen, da die psychogenen Symptome abgeklungen sind.

Verschiedene Versuche, die Menses durch Terminsuggestion herbeizuführen, müssen als gescheitert angesehen werden.

Zu dieser Krankengeschichte sei nun folgende Bemerkung gestattet: In der Literatur sind viele Fälle von hypnotischer Beeinflussung der Amenorrhoe berichtet. So von Liébault, Bernheim, Forel, Wetterstrand, Bugney, Brunnberg, Journée, Marandon de Monthyel, und Gascard. Bei allen diesen beschriebenen Fällen mag es sich jedoch lediglich um eine hypnotische Beeinflussung von funktioneller Amenorrhoe gehandelt haben, während die, auf einer Hypoplasie des Genitales beruhende Amenorrhoe, jeglicher psycho-therapeutischen Behandlung trotzt.

II.

Babette M., 18 Jahre.

Familienamnese: o. B.

Eigene Anamnese: o. B.

Menarche mit 15 Jahren, dann stets regelmäßig 4 Tage Dauer, ohne Beschwerden.

Patientin liegt seit 6 Wochen wegen Parametritis beiderseits in unserer Klinik.

Jetzige Beschwerden: klagt über dauernde Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und depressive Stimmung.

Die Stationsschwester gibt an, daß die Patientin oft stundenlang vor sich hinweine. Ein Grund hierfür ist vorerst nicht zu eruieren. Die Patientin, einzige Tochter, in anscheinend guten wirtschaftlichen Verhältnissen, wird von ihren Angehörigen sehr umsorgt und verwöhnt. Ein Grund für den Depressionszustand ist also hier nicht zu finden.

Fachärztliche Untersuchung von Hals, Nase, Ohr und Nebenhöhlen: o. B.

Die Untersuchung in der Augenklinik förderte einen Astigmatismus geringen Grades zutage, gegen den Gläser verordnet werden. Auch jetzt keinerlei Besserung der Kopfschmerzen, sowie des psychischen Befindens.

Therapie: Psycho-Therapie.

15. 10. 28.

1. Sitzung: Es gelingt in der üblichen Weise, Katalepsie zu erzeugen. Die Heilsuggestion gegen die Kopfschmerzen, die Appetitlosigkeit und den depressiven Zustand sind erfolgreich.

18. 10. 28.

2. Sitzung: Es gelingt amnestischen Tiefschlaf zu erzeugen. Heilsuggestionen.

22. 10. 28. Die Besserung des Befindens der Patientin, die Erhöhung ihres Lebensmutes und ihre Spannkraft ist eine auffällige.

24. 10. 28. Wegen guten Befindens wird, da die Parametritis auch abgeklungen ist, baldige Entlassung in Aussicht genommen und dies der Patientin mitgeteilt.

25. 10. 28. Plötzliches Rezidiv!

26. 10. 28. In 6stündiger Narko-Hypnose nach Kaufmann werden alle halbe Stunde die Heilsuggestionen gegeben. Der Zustand der Patientin läßt sich jedoch nur auf Tage bessern. Sie weint wieder viel vor sich hin und klagt über starke Kopfschmerzen, die jedesmal schon auf Wachseggustion prompt verschwinden.

3. 11. 28. wird deshalb eine vorsichtige Psycho-Analyse erhoben, mit dem Erfolg, daß der Depressionszustand der Patientin auf einem sexuellen Trauma (Defloration sversuch seitens eines Verwandten) beruht.

In weiteren psycho-therapeutischen Sitzungen, die jeweils im Abstand von ca. 3 Tagen unternommen werden, gelingt es, die Beschwerden wieder zum Schwinden zu bringen und den Depressionszustand zu beheben.

Erneute erfolgreiche psycho-therapeutische Behandlung in unserer Klinik.

28. 11. 28. Entlassung.

7. 12. 28. Patientin stellt sich wieder vor und behauptet, nunmehr vollkommen beschwerdefrei verblieben zu sein. Sie macht einen außerordentlich frischen und vergnügten Eindruck.

III.

Minna Th., 24 Jahre alt.

amilienanamnese: o. B.

geneAnamnese: Mit 9 Jahren Lungenentzündung. Menarche mit 14 Jahren, erst unregelmäßig, dann regelmäßig alle 4 Wochen, von 3—4tägiger Dauer, beschwerdefrei.

etzige Beschwerden: Patientin liegt seit 6 Wochen wegen Parametritis bdsts. in unserer Klinik. Sie hat einen außerordentlich schlechten Appetit, ja ein Ekelgefühl vor dem Essen, und ist deshalb stark abgemagert.

efund: Grazile Patientin in stark reduziertem Kraft- und Ernährungszustand, Haut und sämtliche Schleimhäute schecht durchblutet
Lungen: o. B.
Herz: Grenzen nicht verbreitert, anaemisches Geräusch über der Spitze.
Leber und Milz nicht tastbar, Nierengegend nicht druckempfindlich.

ynäkologischer Befund: Parametritis bdsts.

herapie: Konservative Therapie der Parametritis. Psycho-Therapie der psychogenen Symptome.

5. 10. 28.
Sitzung: Patientin wird über die „Brücke" einer vorhypnotisierten Patientin hypnotisiert. Es gelingt vorerst nur, Katalepsie zu erzeugen. Aufwecken nach ca. 10 Minuten.

Sodann wird sofort eine zweite Hypnose angeschlossen, die bis zum amnestischen Tiefschlaf führt. Es wird der Patientin ein starkes Hungergefühl suggeriert, das jeweils eine halbe Stunde vor jeder Mahlzeit eintreten soll. Der Ekel vor den Speisen wird ihr desuguriert und ihr befohlen, daß sie ihre gesamten Portionen der Mahlzeiten aufessen solle.

7. 10. 28. Patientin hat die gesamten Portionen der Mahlzeiten mit großem Appetit gegessen, fühlt sich so wohl und frisch, wie es seit langer Zeit nicht mehr der Fall war.

2. 11. 28. Die hypnotischen Sitzungen sind bis jetzt mit einem Zwischenraum von jeweils ca. 3 Tagen fortgesetzt worden. Die Patientin hat in der Zwischenzeit einen außerordentlich guten Appetit gezeigt. Das Ekelgefühl vor dem Essen ist vollständig geschwunden. Gewichtszunahme um 4 Pfund.

28. 11. 28. Die Parametritis ist abgeklungen.

Die Patientin wird mit außerordentlich gutem Appetit und einer weiteren Gewichtszunahme von 3 Pfund beschwerdefrei entlassen.

7. 12. 28. Die Patientin stellt sich heute wieder vor, sieht frisch und gut aus und behauptet, einen so guten Appetit zu haben, wie nie in ihrem Leben.

IV.

Frieda G., 26 Jahre alt.

Wiedereintritt in die Klinik: 17. 9. 28.

Diagnose: alte Parametritis.
Psychogene Überlagerungen.

Familienanamnese: Eltern tot. 3 Schwestern leben gesund.

Eigene Anamnese: Menarche mit 15 Jahren, stets regelmäßig, 4—5 Tage Dauer, starke Blutung, ohne Beschwerden.
Lag schon zweimal, jeweils mehrere Wochen, wegen Parametritis in unserer Klinik.

Jetzige Beschwerden: Schmerzen im Leib, andauernde starke Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Patientin erklärt, sie sei seit Beginn ihrer Erkrankung in steigendem Maße depressiv gestimmt. Sie mache sich die größten Sorgen bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit.

Befund: Mittelkräftige Patientin in gutem Ernährungszustand.
Lungen: o. B.
Herz: kompensiertes Vitium.

Gynäkologischer Befund: Ergibt Reste der alten Parametritis.

Therapie: Wärmebehandlung.

19. 10. 28. Nachdem unter der konservativen Behandlung sich der objektive und gynäkologische Befund stark gebessert hat, sind jedoch Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit in steigendem Maße vorhanden. Auch auf Arzneigaben keine Besserung der Kopfschmerzen und der Schlaflosigkeit.

Die Patientin wird desholb heute der psychotherapeutischen Behandlung zugeführt.

Sie ist in ihrer Stimmungslage stark deprimiert und macht mit müder, schleppender Stimme vor Beginn der Behandlung die Angaben über ihre Beschwerden.

In der bei uns üblichen Weise wird die Patientin hypnotisiert und in kurzer Zeit Katalepsie erzielt. Während dieser ersten Hypnose werden keine Heilsuggestionen gegeben. Nach ca. 10 Minuten wird die Patientin wieder aufgeweckt und kurz darauf eine zweite Hpynose angeschlossen, in der es gelingt, bis zum amnestischen Tiefschlaf

zu kommen. In dieser Hypnose werden Heilsuggestionen gegen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit gegeben und die gedrückte Stimmungslage versucht, suggestiv zu beeinflussen. Die Patientin wird aus der zweiten Hypnose aufgeweckt. Sie ist mit starken Kopfschmerzen zu der Sitzung gekommen und klagt jetzt nur noch über einen gelinden Druck im Kopfe.

). 10. 28. Die Patientin hat ohne Schlafmittel gut geschlafen, ist ohne Kopfschmerzen und in vergnügter Stimmung erwacht. Nachmittags 3 h 2. Sitzung, in der dieselben Heilsuggestionen gegeben werden. Eine posthypnotische Terminsuggestion auf 7,00 h abends wird prompt realisiert.

1. 10. 28. Hypnotische Sitzung mit einem Schlaf von zweieinhalbstündiger Dauer. Die Heilsuggestionen werden durch Hochfrequenz mittels des Radioluxapparates unterstützt.

2. 10. 28. Die Patientin hat die ganzen Nächte ohne jegliche Schlafmittel tief und fest geschlafen. Sie hat keinerlei Kopfschmerzen mehr. Die Besserung ihrer Stimmungslage und ihres Lebensmutes ist eine auffällige. Die Patientin wird in einer letzten Hypnosesitzung abreagiert. Die spycho-therapeutische Behandlung ist hiermit zu Ende.

8. 11. 28. Die Patientin wird heute als geheilt aus der Klinik entlassen und stellt sich dem suggerierenden Arzte noch einmal vor. Sie erklärt, von ihren sämtlichen Beschwerden durch die damalige hypnotische Behandlung befreit zu sein, stets gut geschlafen zu haben, ohne irgend welcher Schlafmittel zu bedürfen und nie wieder die quälenden Kopfschmerzen bekommen zu haben. Sie macht bei ihrer Entlassung einen absolut frischen und lebensfreudigen Eindruck.

V.

Emmy v. B., 23. Jahre alt.

Familienanamnese: Vater tot, Mutter gesund, Bruder „stark nervös".

Eigene Anamnese: Sämtliche Kinderkrankheiten gehabt, mit 5 Jahren Neuralgie im rechten Arm, sei stets „sehr nervös" gewesen.

Menarche mit 14 Jahren Menses stets sehr unregelmäßig, von 2—3 Tagen Dauer unter geringem Blutverlust und ohne Beschwerden.

Patientin fühlt sich während der Menses am wohlsten.

Jetzige Beschwerden: Sobald sie sich aufrege, oder sich unter vielen Menschen (z. B. in einem Konzert) befinde, treten schmerzhafte Blasenkontraktionen und Harnträufeln ein.

Die Patientin ist sehr deprimiert, befürchtet in Geisteskrankheit zu verfallen, da sie stets „trübsinnig" sei und des öfteren Anfälle von quälenden Kopfschmerzen habe. Die Kopfschmerzen und die Stimmung stehen angeblich in keinem Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus. Starkes Schwitzen in den Handflächen.

Befund: Infantiler Habitus. Herz: o. B. Lungen: o. B. Puls: 62, leicht unterdrückbar. Starke Dermographie. Leber und Milz nicht tastbar. Reflexe gesteigert. Urin: o. B.

Diagnose: Psychogene Beschwerden.

Therapie: Psycho-Therapie.

6. 11. 28.

1. Sitzung. In der üblichen Weise wird Katalepsie erzeugt und in diesem Stadium die Heilsuggestion gegen das Harnträufeln, die Kopfschmerzen und den Handschweiß gegeben. Außerdem die Stimmungslage und das Insuffizienzgefühl suggestiv beeinflußt.

9. 11. 28. Die Stimmungslage der Patientin ist eine erheblich bessere. Sie ist gestern im Theater gewesen, ohne Blasenbeschwerden oder Harnträufeln gehabt zu haben. Der starke Schweißausbruch in den Handflächen ist verschwunden.

2. Sitzung. Dauer eine halbe Stunde.

30. 11. 28. In sechsmaligen, zwischen 3 und 8 Tagen auseinanderliegenden psycho-therapeutischen Sitzungen, in deren letzter mittels des Radiolux ein Hochfrequenzstrom auf die Blasengegend geleitet wird, ist es gelungen, die Patientin, die stets nur kataleptisch war, von ihren Beschwerden vollständig zu befreien. Die Patientin wird heute, in der üblichen Weise abreagiert, bei bestem Wohlbefinden aus der ambulanten Behandlung entlassen.

7. 12. 28. Patientin stellt sich heute noch einmal vor. Sie hat keinerlei Kopfschmerzen mehr, ist in ihrer Leistungsfähigkeit gesteigert und in ihrer Stimmungslage frischer und fröhlicher; die Furcht, geisteskrank zu werden, ist vollständig geschwunden. Sie hat mehrfach Theater. Konzerte und Gesellschaften besucht, ohne Blasenbeschwerden und Harnträufeln gehabt zu haben.

VI.

Anna U., 32 Jahre.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Früher nie ernstlich krank, vor 6 Jahren Operation wegen Magengeschwür, vor einem Jahre Kropfoperation. Seit 1923 invalidisiert.

Entbindungen: 0.

Aborte: 0.

Menarche: mit 15 Jahren, von da an regelmäßig alle drei Wochen drei bis sechs Tage Dauer, schwache Blutung.

Jetzige Beschwerden: Seit einem Jahre Schmerzen im Unterleib, hauptsächlich links. Die Schmerzen treten während der Periode heftiger hervor. Seit einem Vieterjahr dauernde heftige Kreuzschmerzen, zeitweilig Anfälle von starkem Kopfweh.

Befund: Blasse, hagere Patientin. Starke Dermographie.

Herz: o. B. Lungen: o. B.

Brüste: schlaff, hängend, mittelgroß.

Leib: Längsnarbe zwischen Nabel und Prozessus xiphoideus.

Uterusuntersuchung: ergibt die Diagnose: Parametritis sinistra, Pelveoperitonitis.

Therapie: Wärme, Spülungen, Diathermie.

2. 10. 28. Patientin klagt immer noch über starke Schmerzen im Kreuz. Wärmetherapie; dreimal täglich eine Tabl. Gelonida antineuralg.

5. 10. 28. Da die Patientin stereotyp angibt, keine Besserung zu verspüren, ja, daß die Beschwerden eher noch stärker geworden seien, wird zur psycho-therapeutischen Behandlung in Hypnose geschritten.

. Sitzung. Es gelingt, in der üblichen Art und Weise, sie schon in kurzer Zeit bis zum Tiefenstadium des Somnambulismus zu hypnotisieren. Sie empfängt Heilsuggestionen gegen die Kreuzschmerzen und gegen etwaige auftretende Kopfschmerzen.

6. 10. 28. Patientin ist vollkommen beschwerdefrei. Sie fühlt sich, nach ihrem eigenen Ausspruche, „wie neugeboren".

0. 10. 28. Eine nochmalige Wiederholung der hypnotischen Sitzung hat den gleich guten Erfolg, daß man während der letzten Tage seitens der Patientin auch nicht die geringsten Klagen hörte.

4. 11. 28. Einsetzen der Menses, die bis

8. 11. 28. dauern und beschwerdefrei verlaufen sind. Auch während dieser Zeit äußert die Patientin weder Kreuz- noch Kopfschmerzen.

13. 11. 28. Man hat den überzeugenden Eindruck, daß durch die psycho-therapeutische Behandlung in der Patientin ein neuer Lebensmut und ein auffällig starkes Gesundheitsgefühl erweckt worden ist. Sie hat während der ganzen Zeit keinerlei Kreuz- oder Kopfschmerzen verspürt. Die Parametritis und Pelvoeperitonitis ist abgeheilt.

Patientin wird in Hypnose abreagiert. Entlassung.

Zum Schlusse sei uns noch gestattet, eines Falles Erwähnung zu tun, den wir nach Art der „Raefler'schen Kursuntersuchung bei Schwangeren in Hypnose" in einem gynäkologischen Kurse demonstierten.

Es handelte sich um eine äußerst suggestible 19jährige Patientin, welche einige Wochen wegen Wochenbettkomplikationen in unserer Klinik gelegen war. Die Patientin wurde kurz vor ihrer Entlassung, am

22. 11. 28. zur Demonstration im gynäkologischen Untersuchungskurse hypnotisiert. Die gesamte hypnotische Vorbereitung einschließlich der Lagerung der Patientin dauerte nur 5 Minuten. Im Stadium des Somnambulismus wurde der Patientin die Fähigkeit zu hören desuggeriert. Solange, bis der suggerierende Arzt seine Hände wieder auf die Ohren legen würde. Vorher war durch Suggestion eine vollkommene Anaesthesie der gesamten Regio genitalis erzeugt worden, die sich am Leib bis zur Höhe des Nabels erstreckte. Die Bauchmuskulatur wurde schlaff, wie in Narkose. Die Patientin reagiert auf keinelei Anrede oder auf keinerlei schmerzhafte Reize in der Genitalregion.

Das äußere Genitale wird demonstriert und die Portio mit dem Spiegel eingestellt. Daraufhin wird die Patientin zuerst von dem suggerierenden Arzt und dann von den Studenten kombiniert untersucht. Infolge der vollkommenen Erschlaffung der Bauchmuskulatur und der völligen Reaktionslosigkeit der Patientin, war die Untersuchung, selbst für geübte Studenten, eine außerordentlich leichte.

Die Demonstration und Untersuchung dauerte etwa eine halbe Stunde. Nachdem die Studenten das Untersuchungszimmer verlassen hatten, wurde die durch Suggestion erzeugte Taubheit der Patientin und die Anaesthesie des Leibes und der Genitalregion wieder desuggeriert. Daraufhin Aufwecken unter den üblichen Suggestionen für Wohlbefinden und Nachtschlaf.

Die Katamnese ergibt: vollkommene Amnesie über sämtliche Vorgänge von der Zeit des Eingeschläfertwerdens an bis zum Erwecktwerden.

Das Resultat unserer Arbeiten zusammenfassend, wäre zu gen, daß die Hypnose und Suggestion, sowohl in Form des ypnotischen Geburtsdämmerschlafes", wie als Schmerzausaltungsmittel bei kleineren gynäkologischen Eingriffen, und s unterstützender Faktor der kausalen Therapie, in der Form r „Psycho-therapeutischen Behandlung" in der Hand des Erhrenen ein nicht zu unterschätzender Faktor ist.

Doch sei es mir hier gestattet, die Schlußworte Siemerngs aus dem Zentralblatt für Gynäkologie 1922 Nr. 21 zu tieren:

„Wer sich mit Hypnose abgeben will, werde sich bewußt, aß die Anwendung viel Zeit erfordert, und daß ihre erfolgiche Ausführung nicht leicht ist. Die Imponderabilien, die in er Persönlichkeit des hypnotisierenden Arztes und nicht zutzt in der ganzen Umgebung liegen, sind von so großer Trageite, daß der ganze Erfolg mit ihnen steht und fällt. In ihnen egen zugleich die Momente, die die Hypnose gefahrvoll gealten können."

Es kostet den naturwissenschaftlich gebildeten Arzt immerin Überwindung, anzunehmen, daß physiologische Vorgänge urch die Wirkung einiger suggestiven Worte hervorgerufen erden könnten. Dies ist wohl ein Hauptgrund, weshalb noch o viele Ärzte der Suggestionstherapie skeptisch, ja feindlich egenüberstehen. Der naturwissenschaftlich gebildete Arzt ird stets den Kopf schütteln, wenn man Kopfschmerzen, Miräne durch Suggestion heilen will, oder wenn man sogar soeit geht, Operations- und Geburtsschmerzen in einer hypnoischen Anaesthesie zu lindern oder zum Verschwinden zu brinen. Tatsächlich erinnern Heilerfolge in Hypnose sehr an nanche „Wunderheilungen". Nicht die volkstümlichen Anchauungen sind jedoch hier zu verurteilen, sondern lediglich as kritiklose Ablehnen der Suggestionstherapie, bloß weil sie icht in ein wissenschaftliches System hineinpaßt. Solange nan den wissenschaftlichen Hypnotismus noch nicht kannte, var es leicht, die Heilerfolge der Suggestivbehandlung einfach ls Schwindel zu bezeichnen. Heute kann man an den Resultaten der Hypnose und der Psycho-Therapie nicht mehr eringschätzig vorübergehen, eine somatische Wirkung auf hypotischem Wege ist nicht mehr zu leugnen.

Wir können den feineren Mechanismus dieser Vorgänge ur ahnen, es genügt jedoch zu wissen, daß vasomotorische, ekretorische, Muskelzustände, ja sogar Halluzinationen und Änderung der Persönlichkeit suggeriert werden können, um die herapeutischen Erfolge zu begreifen.

Am Schlusse dieser Abhandlung ist es mir ein Bedürfnis, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Prof. Dr. Wintz, für die liebenswürdige Überlassung dieser Arbeit und ihre tatkräftige Förderung geziemend zu danken.

Literatur.

Falk, Ein weiterer Beitrag zur Hypnose in der Gebutshilfe und Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. 1922, Nr. 17, S. 658.

Flöel, Schmerzlose Entbindung an der Privatpraxis. M. M. W. 1921, Nr. 50, S. 1623.

Forel, Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie, zwölfte Auflage, Stuttgart, Ferd. Encke, 1923.

Friedländer, Die Hypnose und die Hypno-Narkose. Stuttgart, Ferd. Enke, 1920.

Grassl, Zur Frage der schmerzlosen Geburt. M. M. W. 1921. Nr. 44, S. 1428.

v. Hattingberg, Suggestion und Hypnose in der allg. Praxis. M. M.W. 1921. Nr. 21, S. 635.

Haack Tuke, Geist und Körper. Studien über die Wirkung der Einbildungskraft. Übersetzt v. H. Kornfeld, Jena, Gustav Fischer 1888.

Hirschlaff, Hypnotismus und Suggestivtherapie. Leipzig, J. Ambrosius Barth, 1905.

Hübner, Suggestionsbehandlung von neurotischen Menstruationsstörungen und Genitalneurosen. D. M. W. 1920, S. 679.

Kaufmann, Suggestion und Hypnose, zweite Auflage, Berlin, Julius Springer 1923.

Kirchein, Hypnosegeburten und Hyypnonarkosen. Zentralblatt f. Gynäkologie 1922, Nr. 21.

Liegner, Suggestivbehandlung in der Frauenheilkunde. Zentralblatt f. Gyn. 1922, Nr. 3, S. 89.

Meyer, Über die chirurg. Ära ind er Gynäkologie und die gynäkologischen Grenzgebiete. Zentralblatt f. Gyn. 1922, Nr. 12, S. 449.

Moll, Der Hypnotismus. 4. Auflage. 1907. S. 357.

Nassauer, Die schmerzlose Geburt. M. M. W. 1921. Nr. 42, S. 136.

v. Öttingen, Kurze vorläufige Bemerkungen über den hypnotischen Dämmerschlaf, der seit einigen Wochen systematisch auf dem Kreissaal der Heidelberger Frauenklinik erprobt wird. Oberrheinische Gesellschaft f. Geburtshilfe und Gynäkologie. 1920, am 7. November. Zentralblatt f. Gyn. 1921. Nr. 22, S. 802.

v. Öttingen, Zur Frage der schmerzlosen Geburt. M. M. W. 1921. Nr. 51, S. 1654.

Raefler und Schultze-Rhonhof, Die Hypnose bei vaginalen Kursuntersuchungen Schwangerer. Zentralbl. f. Gyn. 1921. Nr36. S. 1270.

Raefler, Die Hypnose in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. 1921. Nr. 36. S. 1274.

e m e r l i n g, Hypnotismus und Geistesstörung. Arch. f. Psych. Bd. LXV.
e m e r l i n g, Hypnose in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. 1922. Nr. 21.
h u l t z e - R h o n h o f, Der hypnotische Geburtsdämmerschlaf. Zentralbl. f. Gyn. 1922. Nr. 7. S. 247.
h u l t z, Psycho-Therapie aus Vogt, Handbuch der Nervenkrankheiten. S. 172.
h u l t z, Gesundheitsschädigungen nach Hypnose. Sammlung zwangl. Abhandlungen, neue Folge. Hftl. Hasse, Marhold 1922.
e m m e r, Über Psychoagnostik und Psychotherapie in der Frauenheilkunde. Zentralbl. f. Gyn. 1922. Nr. 12. S. 458.
i s m a t, Hypnotismus und Suggestion. 2. Auflage. 1911. W. Engelmann.

---

n n e, Deutsche Med. Wochenschr. 1919. Nr. 5. S. 132.
i e d l ä n d e r, Münchner Med. Wochenschr. 1919, Nr. 43. S. 1198.
i c k e l, Münchner Med. Wochenschrift. 1919. S. 1001.
› i t z, Münchner Med. Wochenschr. 1922. Nr. 8.
e e r, Münchner Med. Wochenschr. 1919. S. 1199.
v e i f e l, Münchner Med. Wochenschr. 1922. Nr. 2. S. 52.
ı l l a u e r, Über Scheinnarkose. Deutsche Med. Wochenschr. 1908 oder 1909.
- c h i v f ü r G y n ä k o l o g i e, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Innsbruck vom 10. bis 22. Juni 1922. Bd. 117.

Lebenslauf.

Am 27. September wurde ich zu Eibelshausen (Dillkreis) geboren. In Kassel, wohin mein Vater dann versetzt wurde, besuchte ich die Volksschule und das Kgl. Wilhelmsgymnasium. Den Weltkrieg machte ich in den Reihen des Husaren-Rgts. 14 mit. Nach Beendigung des Feldzuges bezog ich die Universität und studierte vom 1. Kriegszwischensemester 1919 ab Medizin an den Universitäten Marburg/L. und Freiburg i. Br. Durch lange Krankheit und einen schweren Unfall am regulären Studium behindert, bestand ich im Sommer-Semester 1928 mein Staatsexamen vor der Prüfungskommission der Universität Erlangen. Seitdem bin ich an der dortigen Universitäts-Frauenklinik tätig.